

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°
348

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Damien LAURENT

Né le 14 Juillet 1906, à Paris

**LA PHASE SOMATIQUE
PRODROMIQUE**

DE LA

DÉMENCE PRÉCOCE

TRAVAIL DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

(Service du D^r BARUK)

Président : M. CLAUDE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, Rue Casimir-Delavigne

1932

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Damien LAURENT

Né le 14 Juillet 1906, à Paris

**LA PHASE SOMATIQUE
PRODROMIQUE**

DE LA

DÉMENCE PRÉCOCE

TRAVAIL DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

(Service du D^r BARUK)

Président : M. CLAUDE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, Rue Casimir-Delavigne

1932

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie.	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TESSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE
	MULON.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.Neurologie et Psychiatrie.
CHAILLEY-BERT.Physiologie.
AUBERTIN.Pathologie médicale.
BENARD (Henri)Pathologie médicale.
SANNIE.Chimie biologique.
BROCQ.Pathologie chirurgicale
BRULE.Pathologie médicale.
CADENAT.Pathologie chirurgicale
CATHALA.Pathologie médicale.
CHABROL.Pathologie médicale.
CHEVALLIER.Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES.Pathologie chirurgicale.
DOGNON.Physique.
DONZELOT.Pathologie médicale.
ECALLE.Obstétrique.
FEY.Urologie.
Pathologie expérimentale.
GASTINEL.Bactériologie.
GATELLIER.Pathologie chirurgicale
GIROUD.Histologie.
HARVIER.Pathologie médicale.
HOVELACQUE.Anatomie.
HUTINEL.Pathologie médicale.
JOANNON.Hygiène.
LABBE (Henri)Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy)Pathologie médicale.
Oto - rhino - laryngologie.
HUGUENIN.Anatomie pathologique
LEVEUF.Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI.Neuro-psychiatrie.
LIAN.Pathologie médicale.
HAZARD.Pharmacologie.
MILLOT.Histologie.
MONDOR.Pathologie chirurgicale
MOREAU.Pathologie médicale.
MOULONGUET.Pathologie chirurgicale
MOURE.Pathologie chirurgicale
Histologie.
OBERLING.Anatomie pathologique
OLIVIER.Anatomie.
PIEDELIEVRE.Médecine légale.
PORTES.Obstétrique.
QUENU.Pathologie chirurgicale
RICHET.Physiologie.
SEZARY.Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT
(Pasteur)Pathologie médicale.
VAUDESCAL.Obstétrique.
VELTER.Ophtalmologie.
VERNE.Histologie.
VIGNES.Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET.Pharmacologie.
GUENIOT.Obstétrique.
LEQUEUX.Obstétrique.
LEROUX.Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE.Parasitologie.
RETTERER.Histologie.
ZIMMERN.Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI. Clinique médicale.
 CHIRAY. Clinique médicale.
 DEBRE. Clinique médicale.
 DUVOIR. Clinique médicale.
 BASSET. Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. Clinique chirurgicale.

MM.
 HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU. Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. Clinique chirurgicale.
 PROUST. Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER. Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEIL-HALLE.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
MEDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANNE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a fait l'honneur de présider
cette thèse.

A M. LE DOCTEUR PREAUT
CHEF DE SERVICE
A L'ASILE NATIONAL DE CONVALESCENTS
SAINT-MAURICE

A M. LE DOCTEUR HENRI BARUK
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ
MEDECIN CHEF DE LA MAISON NATIONALE
DE CHARENTON

Qui m'a inspiré cette thèse.
En souvenir de son enseignement personnel et vivant.
Témoignage de mon admiration pour ses conceptions nouvelles et pleines de hardiesse.

INTRODUCTION

Malgré de nombreux et très importants travaux l'étude du début de la démence précoce reste encore entourée de nombreuses difficultés. — On insiste en général beaucoup sur les diverses manifestations psychiques qui marquent l'entrée en scène de la psychose. Ces « voies d'entrée » dans la démence précoce ont été encore récemment soulignées dans une série de travaux cliniques français, en particulier dans la thèse de Bouyssou (inspirée par Heuyer ¹) et précédemment dans une très intéressante communication de Xavier Abely à la Société Médico-psychologique ².

Mais dans un certains nombres de cas, ces manifestations en apparence initiales, sont déjà précédées d'une phase antérieure de troubles presque purement somatiques qui pose en général des problèmes diagnostics extrêmement difficiles et durant laquelle la psychose est en quelque sorte camouflée derrière de nombreuses manifestations atteignant les appareils les plus variés de l'organisme.

1. Bouyssou, *Voies d'entrée dans la démence précoce*, Thèse de Paris, 1928.

2. Xavier Abely, Les symptômes liminaires de la démence précoce, séance du 28 juin 1926.

Généralement, dans cette phase tout à fait initiale, le malade est amené à consulter, non des psychiatres, mais des médecins généraux. — Ce n'est que beaucoup plus tard que l'on s'oriente vers le véritable diagnostic.

Il nous a paru intéressant d'insister tout spécialement sur cette *phase somatique prodromique*¹, d'une part, au point de vue de la pratique médicale générale, d'autre part, au point de vue de la nature même de la démence précoce.

Au point de vue pratique il est, en effet, de la plus haute importance de dépister le plus tôt possible la psychose afin de pouvoir instituer un traitement précoce qui peut être établi dans de bien meilleures conditions à cette période que lorsque les troubles psychopathiques sont franchement constitués.

D'autre part, cette phase de troubles somatiques peut nous éclairer à certains points de vue, sur la nature même de la démence précoce. — Elle nous montre que cette maladie, loin d'être constituée uniquement par des troubles d'ordre exclusivement psychopathique comme on le croit trop souvent, est en réalité liée à des troubles importants du système nerveux et de l'économie toute entière, et à ce point de vue il est très intéressant de rapprocher l'étude des troubles somatiques prodromiques de la démence précoce de celle des troubles de même ordre que l'on observe dans les prodrômes d'autres affections orga-

1. Nous laissons complètement de côté dans cette étude les troubles physiques objectifs qu'on observe dans la démence précoce confirmée (tr. des réflexes, des papilles, etc...), qui ont été si remarquablement étudiés dans les beaux travaux de Serieux et de ses élèves, Maclon, Mignot. Il s'agit là d'un tout autre ordre de faits.

niques connues du système nerveux et en particulier de la syphilis cérébrale, des tumeurs cérébrales, etc ...

Notre travail a été constitué en dépouillant une série d'observations de démence précoce, suivies autant que possible depuis leur évolution initiale jusqu'à l'ultime phase de la maladie, dans la mesure où le permettent les hasards et les difficultés de la clinique.

Quelques-uns de ces malades ont été suivis au début pour des affections en apparence soit purement neurologiques (céphalées) soit viscérales (cardio-vasculaires, gastriques) et ce n'est que plus tard que ces divers symptômes ont pu être rattachés à des manifestations initiales de la démence précoce.

Parmi ces diverses observations, nous en avons choisi un certain nombre et nous avons pu ainsi classer cette phase prodromique en deux grands ordres de faits que nous étudierons successivement :

1^o Troubles céphaliques

2^o Troubles viscéraux

Après l'étude descriptive de ces deux grands chapitres nous envisagerons l'étude respective de l'évolution des troubles somatiques et des troubles psychiques et enfin, nous terminerons par une étude pathogénique de ces divers symptômes en montrant leurs rapports avec l'atteinte du système nerveux central.

CHAPITRE I

LES TROUBLES CÉPHALIQUES

Sous ce nom, nous désignons une série de symptômes plus ou moins douloureux occupant le crâne ou la face.

Nous étudierons successivement :

- 1° Les céphalées et les algies
- 2° Les vertiges ou pseudo-vertiges
- 3° La céphalée cénesthésique et le sommeil cataleptique subjectif.

I. — Céphalées et algies

a) CÉPHALÉES PROPREMENT DITES

Les maux de tête sont extrêmement fréquents dans les prodrômes de la démence précoce. — Tantôt il s'agit de maux de tête anciens qui durent depuis l'enfance rappelant plus ou moins la migraine, qui s'intensifient dans les prodrômes immédiats de la psychose puis qui disparaissent totalement lorsque celle-ci est apparue.

Il en était ainsi dans l'observation n°8 et aussi chez une

autre malade actuellement âgée de 30 ans, observée par le docteur BARUK ; les maux de tête extrêmement violents qui se produisaient depuis l'enfance, environ 2 fois par mois, avec vomissements, ont totalement disparu depuis la survenue d'un état délirant suivi bientôt de la dissociation psychique qui dure depuis 5 ans.

Quelques fois les maux de tête ne font que s'atténuer sans disparaître, comme dans l'observation n° 4.

Mais plus souvent il s'agit en quelque sorte de céphalée acquise. — A un moment donné, le sujet, qui jusque là n'avait pas présenté de maux de tête, est pris de douleurs diffuses le plus souvent lourdes, continues, graves.

Ces céphalées sont en général augmentées par la fatigue, les émotions ; le plus souvent on ne leur trouve pas de causes et elles finissent par disparaître spontanément alors que se constituent les troubles psychiques (observation n° 6).

Dans certains cas la céphalée prend un caractère extrêmement violent, s'accompagne de vomissement par intervalles, soit spontanément, soit au cours des efforts et des mouvements de la tête et ces cas peuvent simuler de très près une tumeur cérébrale. — C'est ce qui s'est produit dans l'observation n° 1. De même dans l'observation n° 2 la céphalée ne cédait à aucun analgésique et dans ce cas le diagnostic de tumeur cérébrale fut porté au début par les neurologistes les plus avertis.

De même dans l'observation n° 7 la céphalée était si vive qu'on avait du envisager le diagnostic de méningite, mais le liquide céphalo-rachidien restait normal et la

céphalée a complètement disparu en même temps que les premiers troubles psychiques survenaient sous forme d'incohérence.

On pourrait multiplier les exemples.

Rappelons seulement que le diagnostic différentiel de ces céphalées au début peut être extrêmement difficile avec celui des tumeurs cérébrales. Il se complique du fait que chez certains malades la ponction lombaire peut dénoter une fausse hypertension manométrique due aux contractions latentes du malade, hypertension qui tombe peu à peu si on laisse le manomètre en place et si on dérive l'attention du malade.

Sans doute on peut parfois se fonder sur quelques nuances séméiologiques qui peuvent permettre de distinguer la céphalée de la démence précoce de celle des tumeurs cérébrales.

La première est plus superficielle, plus diffuse, moins profonde. — Elle s'accompagne de sensations d'anxiété et d'énervement, tandis que la 2^e s'accompagne plus souvent de torpeur et d'immobilité.

D'autre part, la céphalée de la démence précoce suit souvent de très près le rythme de la fatigue et de l'état affectif se calmant par le repos physique et moral, s'intensifiant à la suite de l'effort mental ou d'une minime contrariété.

Mais ces différences séméiologiques sont bien souvent endéfaute et il serait dangereux de se baser sur la modification ou la non modification de tel symptôme sous l'influence de causes psychologiques, pour différencier les céphalées de la néoplasie de celles de la psychose.

Le diagnostic est encore rendu plus difficile par le fait que certaines tumeurs cérébrales peuvent réaliser un tableau rappelant de très près la schizophrénie, comme on le voit dans une observation de tumeur temporale rapportée par H. Claude et H. Baruk ¹.

En réalité le diagnostic différentiel doit être fait surtout sur les deux éléments suivants :

1° Le caractère négatif des explorations neurologiques oculaires et autres destinées à mettre en évidence l'existence d'une hypertension intracrânienne ou d'une néoplasie —

2° L'exploration fine de l'état psychologique du sujet et de ses antécédents psychiques, la bizarrerie du comportement, l'existence parfois tout à fait épisodique et passagère de propos franchement absurdes ou extravagants constituent des indices qui permettent de soupçonner la démence précoce (Voir à ce sujet l'observation n° 1).

b) ALGIES

Parfois la céphalée est remplacée par l'existence de manifestations névralgiques simulant la névralgie faciale. Ces cas sont beaucoup plus rares.

En général cette névralgie se distingue assez facilement de la névralgie du trijumeau dite essentielle il s'agit en effet d'une douleur plus sourde, plus diffuse souvent avec des battements vasculaires, enfin sans douleur, provoquée aux points d'émergence des rameaux du trijumeau souvent cette douleur prend très exactement la moitié du

1. H. Claude et H. Baruk « Schizophrénie et tumeur cérébrale », *Ann. médico psychol.* 1931.

crâne, la moitié de la face. C'est à la fois une hémicranie et une névralgie de l'hémiface.

Tantôt elle est contraire, tantôt paroxystique. L'observation suivante bien que non démonstrative en raison de son caractère trop récent, nous a paru toutefois intéressante à rapporter, car elle met bien en lumière l'intrication d'ailleurs, assez fréquente en pathologie nerveuse de troubles mentaux et d'algies faciales.

Malheureusement on ne peut ici pas porter un diagnostic encore ferme, mais on peut cependant devant cet état dépressif atypique redouter un début de démence précoce.

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans observé par les docteurs Baruk et Caroli.

La maladie a commencé en apparence brusquement au Mardi-Gras dernier. Ce jeune homme qui se trouvait dans une école industrielle dans une grande ville de l'Est, a eu un soir, avec quelques-uns de ses camarades, une petite discussion insignifiante. Il eût l'impression que ses camarades le trompaient et se refusaient à sortir avec lui sous des prétextes imaginés. Il se sentit tout à coup extrêmement affecté. Cependant l'incident n'eût absolument aucune suite ; les camarades eux mêmes s'efforcèrent de calmer ses inquiétudes et lui-même se rendait, dit-il, parfaitement compte que ses craintes et sa dépression morale étaient vraiment tout à fait disproportionnées avec cette cause infime.

Cependant, à partir de ce moment, il se sentit extrêmement déprimé et, dit-il, tout changé ? Il ne s'intéressait plus à son travail, se sentait sans but, incapable de prendre une décision, éprouvant une sorte de sentiment d'étrangeté presque impossible à définir.

Il passe cependant ses examens, mais dans de bien moins bonnes conditions que d'habitude.

Il part en vacances dans sa famille. D'ordinaire les réunions de vacances en famille étaient pour lui extrêmement agréables, il était en général très gai, s'amusait beaucoup et il y avait

dans toute sa famille une entente parfaite. Cette fois-ci, il trouve un changement considérable ; pour la première fois, dit-il, il se met à observer ses parents, qu'il aimait beaucoup, et il eût l'impression qu'ils étaient changés comme ses camarades, qu'ils étaient moins francs et qu'ils le regardaient avec un peu de mépris, comme un enfant.

Cependant, il reconnaît bien que ses impressions ne résistent pas au raisonnement.

Sur ces entrefaites, il vient à Paris se faire examiner. Là, il erre comme une âme en peine, il a des absences et des oublis. Par exemple, il se trouve un soir sans avoir diné, alors qu'il avait l'intention de le faire, sans savoir ce qu'il a fait.

A l'examen, il se présente correctement, mais paraissant perplexe, avec des arrêts dans les réponses, une difficulté de fixer son attention. Lui-même est conscient de ses troubles et dit qu'il ne s'explique pas du tout le changement considérable survenu en lui.

Mais en même temps que les troubles mentaux et même un peu avant eux, survenait une série d'algies.

D'abord une algie sciatique du côté droit qui débuta en janvier et disparut au bout d'un mois et demi ; puis une série de douleurs de tête et faciales extrêmement violentes : crises de douleur de l'hémi-face droite survenant, d'une part, après le déjeuner de midi et durant environ 1 heure, d'autre part, au milieu de la nuit jusqu'à 4 heures du matin et empêchant pendant cette période tout sommeil résistant aux analgésiques.

Antérieurement, le malade n'avait pas présenté de maux de tête, sauf vers l'âge de 14 ans, durée 3 mois. L'examen neurologique et viscéral est négatif, sauf asymétrie faciale légère sans paralysie vraie et une très forte myopie de 8 dioptries. L'examen oculaire et du fond d'œil reste négatif, ainsi que la radiographie du crâne. On note seulement une réaction du Hecht positive dans le sérum sanguin. Un traitement antispécifique a été immédiatement institué.

Il est difficile actuellement de porter un diagnostic ferme après ce premier examen, mais il est frappant de constater la survenue concomitante de troubles mentaux rappelant le début de la démence précoce et de troubles algiques très intenses.

Si nous avons cité cette observation encore très incomplète, c'est pour montrer précisément comment se pose en pratique le problème du diagnostic différentiel entre la démence précoce au début et les autres affections organiques du système nerveux et pour insister sur l'intrication des signes psychiques et des troubles somatiques à type algique.

II. — Le vertige ou pseudo-vertiges

En même temps que la céphalée, surviennent assez fréquemment au début de la démence précoce des manifestations qualifiées de vertiges.

En réalité il ne s'agit pas de vertiges vrais, rotatoires comme on peut les observer dans les affections auriculaires ou labyrinthiques. mais d'une sensation d'étourdissement, de manque d'équilibre, de menaces de chutes, d'éblouissements. Les malades ont souvent l'impression qu'ils vont perdre connaissance. — Parfois même, ces sensations s'accompagnent de pâleurs, de nausées et quelquefois même de lypothimies¹.

A ce point de vue, ces sensations subjectives se rapprochent beaucoup plus du vertige comitial que des vertiges vrais auriculaires. — Ces vertiges sont aussi parfois la source de grandes difficultés de diagnostic. Toutefois, ce diagnostic ne se pose guère qu'avec les autres types de « vertige cérébral » qui présentent exactement les mêmes caractères et que l'on observe dans l'épuisement nerveux

1. Ces faits sont à rapprocher à certains points de vue des syndromes décrits par Mlle Pascal puis par M. Rogue de Fursac sous le nom d'ictus dans la démence précoce.

dans les intoxications (alcool, etc.) dans l'épilepsie¹, dans les traumatismes craniens et dans la phase prodromique de nombreuses maladies organiques du système nerveux (paralysie générale, tumeurs cérébrales, méningites)².

Les vertiges et pseudo-vertiges que nous venons de décrire dans la démence précoce, doivent être toutefois distingués de certains malaises qu'on peut observer dans la même affection, malaises céphaliques mal définis, consistant en une sensation d'angoisse morale, mais qui se rattachent un peu aux pseudo-vertiges par la sensation de menace de perte de connaissance. Toutefois le trouble est beaucoup plus mental, ne s'accompagne pas de troubles vasculaires, (*cf.*, obs. n° 18) . Des troubles analogues peuvent d'ailleurs être observés dans certains états de psychasthénie grave.

III. — La céphalée cénesthésique et le sommeil cataleptique subjectif.

Au cours de l'évolution les troubles précédents se transforment peu à peu et deviennent de moins en moins douloureux et de plus en plus psychiques. Par exemple, dans notre observation n° 1, les douleurs de tête qui

1. Le vertige épileptique se différencie toutefois par sa très grande brusquerie, sa pâleur subite et sa brièveté extrême (quelques secondes) et aussi sa survenue indépendamment de causes extérieures.

2. Si le vertige de la démence précoce a type cérébral, dont nous venons de parler se différencie nettement cliniquement du vertige labyrinthique, il est intéressant de rappeler que les réactions labyrinthiques sont troublées dans la démence précoce (H. Claude, H. Baruk et Aubry) ainsi que la chronaxie vestibulaire.

Il y aurait là toute une étude à faire des modifications de l'excitabilité vestibulaire au cours des atteintes cérébrales.

étaient intolérables s'atténuent peu à peu et insensiblement font place à des sensations céphaliques bizarres de déplacement du cerveau, de crispations dans la tempe, de vide de la tête, surtout dans les mouvements. Tous ces troubles sont plus pénibles que franchement douloureux. Le malade disait même « qu'il était plus près d'une angoisse morale que d'une douleur véritable. »

Ce sont là des phénomènes de céphalées cénesthésiques qui au fur et à mesure de l'évolution, finissent par se transformer en troubles cénesthésiques purs.

A côté de ces troubles cénesthésiques ; dans un très grand nombre de cas, la céphalée se transforme en une autre sensation très spéciale qui consiste en une impression d'engourdissement psychique avec prise de la volonté. C'est ce symptôme que nous désignons sous le nom de « sommeil cataleptique subjectif ¹ ».

Ce symptôme est d'une importance capitale ².

Tandis que les phénomènes précédents : céphalées vertiges, n'ont en somme rien d'absolument caractéristique, le sommeil cataleptique subjectif a, lui, une grande valeur comme signe d'invasion de la psychose. Il devient d'ailleurs souvent le point de départ de délire d'influence secondaire qui évolue ensuite vers la dissociation psychique confirmée.

Mais dans un grand nombre de cas, il n'y a pas de solution de continuité entre la céphalée, le vertige et plus

1. Ultérieurement, au cours de l'évolution, ce sommeil cataleptique subjectif se transforme souvent en sommeil cataleptique objectif ; à ce moment, le malade est complètement immobile, engourdi et voit son initiative motrice suspendue (conservation des attitudes, etc...).

2. Bien qu'il ne soit pas encore pathognomonique de la démence précoce.

tard le sommeil cataleptique, et à ce point de vue, on peut suivre le passage insensible des phénomènes douloureux aux phénomènes psychopathiques.

La progression que nous venons d'étudier nous permet donc de saisir la genèse des troubles psychiques de la démence précoce d'une façon quelque peu différente de la genèse qu'on envisage classiquement. En effet, si comme on le fait trop souvent, on ne considère la démence précoce qu'à la phase psychopathique, délirante ou dissociative, on a alors la fausse impression que les troubles psychiques sont autonomes, primitifs, et on se trouve ainsi entraîné par une pente toute naturelle à leur chercher une étiologie psychogénique.

Au contraire, si on suit pas à pas la transformation insensible des troubles céphaliques initiaux en troubles cénéthésiques et en sommeil cataleptique, on peut saisir sur le vif l'enchaînement des symptômes somatiques et des symptômes psychopathiques et au lieu de les opposer les uns aux autres on se rend compte comme nous y insisterons plus loin qu'ils ne représentent que des stades différents d'atteinte progressive du système nerveux.

CHAPITRE II

TROUBLES VISCÉRAUX.

A côté des troubles céphaliques précédents, on constate souvent dans le prodrome de la démence précoce toute une série de troubles attirant l'attention sur divers appareils viscéraux et qui surviennent soit isolément, soit plus ou moins intriqués avec les troubles céphaliques.

Parmi les plus fréquents on peut citer les troubles dyspnéïques et cardiovasculaires d'une part, les troubles digestifs d'autre part. Enfin il faut mentionner les troubles de la nutrition générale.

A. — Troubles dyspnéïques et cardio vasculaires.

Ces troubles revêtent l'aspect tantôt de palpitations, tantôt de dyspnée et d'angoisses.

Aussi peuvent-ils poser divers problèmes de diagnostic cardiologique.

Par exemple dans notre observation n° 10, il s'agissait de battements de cœur et de tachycardie ainsi que de dyspnée d'effort, qui étaient suffisamment intenses pour

motiver l'hospitalisation dans le service du professeur VAQUEZ. Les notes prises à la Pitié sont du plus haut intérêt, car elles nous montrent qu'à ce moment, la malade non seulement éprouvait des phénomènes subjectifs très intenses : dyspnée, gêne précordiale marquée, mais encore présentait une tachycardie à 130, et en même temps une pâleur et des sensations de défaillance. Et cependant on ne trouvait chez elle aucun antécédent cardiaque, pas de rhumatisme articulaire aigu, mais seulement des antécédents nerveux et en particulier des manifestations choreïques et des crises nerveuses pour lesquelles elle avait été soignée par M. BABINSKI.

Les divers examens faits dans le service du professeur VAQUEZ n'ont permis de porter, ainsi qu'il résulte d'une conversation orale, aucun diagnostic cardiologique précis. Cependant la malade a été mise au régime sans sel et au strophantus.

Ultérieurement, ces troubles cardio-vasculaires qui dominaient d'abord la scène ont disparu à peu près complètement au moment où se sont constitués les premiers troubles mentaux.

Actuellement cette malade ne présente plus depuis plusieurs années aucun trouble cardiaque. Le seul point à noter est la persistance d'une légère, tuberculose pulmonaire qui avait précédé immédiatement les troubles vasculaires et qui a pris le caractère d'une tuberculose fibreuse et non évolutive.

Dans notre observation n° 11 il s'agissait également de battements de cœur très intenses. Mais en outre, à certains moments de véritables crises d'angoisse et d'oppression

extrême avec rougeur considérable de la face. Il est intéressant de souligner que dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, le trouble précordial s'associe à des troubles considérables de la circulation céphalique. L'ensemble de ces accidents était si violent et si brutal, qu'il devint le point de départ d'interprétations délirantes secondaires du malade qui l'attribuait à un poison qu'on mettait dans son vin. Il exprimait même fort bien ce trouble céphalique combiné au trouble précordial sous le terme caractéristique de *coup de congestion*.

Dans notre observation, n° 12 la maladie a débuté également sous forme de troubles précordiaux. Le médecin consulté n'a d'abord aiguillé son diagnostic que vers une affection cardiaque. Mais brusquement les troubles précordiaux ont complètement disparu au moment précis où la malade se plaignait qu'elle n'était plus maîtresse de ses idées, et qu'apparaissaient les troubles psychiques qui se sont développés par la suite.

Comme on le voit, avant que les troubles psychiques ne soient vraiment constitués, le diagnostic se pose surtout avec les principaux types de troubles douloureux précordiaux. En particulier avec la fausse angine de poitrine, ou encore avec le maladie de BASEDOW.

A ce point de vue, il faut différencier ces troubles d'avec la vraie maladie de BASEDOW par l'absence d'une tachycardie permanente et par la recherche du métabolisme basal qui reste sensiblement normal.

Notons que dans notre observation n° 13, le diagnostic est beaucoup plus difficile. Il s'agit probablement d'un syndrome de BASEDOW et de démence précoce associés mais nous n'avons pu faire de métabolisme basal.

B. — Troubles digestifs.

Dans d'autres cas ce sont les troubles digestifs qui ouvrent la scène. Tantôt il s'agit de phénomènes dyspeptiques ou intestinaux d'ordre banal comme par exemple dans l'observation n° 14.

Notons cependant que chez ce malade il existait des vomissements avant les repas et qu'il présentait en particulier une intrication de phénomènes d'irritabilité psychique et de troubles gastriques subjectifs.

Aussi attribuait-il en renversant l'ordre des phénomènes, ces troubles nerveux à l'atteinte gastrique et il consulta d'abord un gastro-entérologue.

Dans notre observation n° 15 les troubles gastriques sont encore beaucoup plus frappants et ont attiré exclusivement l'attention pendant longtemps. Le malade a consulté un grand nombre de médecins pour son estomac dont il se plaignait sans arrêt. Il craignait d'avoir un cancer gastrique.

Ce n'est que deux ans après qu'apparaissent les troubles mentaux sous forme d'abord d'excitation, puis ensuite d'hallucination et de désagrégation psychique progressive. Il fut soigné d'abord à la maison de santé de Neuilly-sur-Marne par le docteur PETIT, puis à Charenton. Depuis son internement le malade n'attire plus l'attention sur son estomac, Il émet des idées de négation à ce sujet et prétend qu'il n'a plus d'estomac.

On peut se demander s'il s'agit d'idées délirantes banales, ou bien au contraire s'il ne s'agit pas là de l'expression plus ou moins imaginée de la disparition de ces troubles

gastriques. Cette dernière explication peut se justifier par plusieurs faits analogues que nous avons observés chez les déments précoces.

En particulier l'un d'entre eux qui avait beaucoup souffert de la tête et qui, à une période plus avancée n'en souffrait plus du tout, s'écriait « maintenant elle est remise à neuf, elle est tout en acier. »

On retrouve ainsi très souvent sous ce langage symbolique et en apparence incompréhensible des déments précoces l'expression très exacte des modifications et des phases successives de leurs cénesthésies. Au début, phase de douleur et d'éréthisme, plus tard phase d'apaisement et d'extinction.

Plus impressionnante encore est notre observation n° 16. Pendant près de 10 ans toute la maladie s'est limitée à des troubles digestifs et en particulier à une sensation d'estomac bouché et à quelques nausées. Son médecin, le docteur DREVET fit, de nombreux examens très complets du côté de l'appareil digestif sans pouvoir trouver de causes satisfaisantes. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'apparaissent des troubles généraux, des troubles végétatifs et céphaliques (sensation de froid, vertiges, amaigrissement) et enfin des troubles psychiques avec des idées délirantes incohérentes, le sentiment d'influence, les signes de discordance etc....

Dans certains cas les troubles digestifs prennent l'aspect de véritables crises abdominales. Il en était ainsi dans l'observation n° 17 où le malade éprouvait des battements dans le ventre et des douleurs vives dans l'estomac avec impression de mort imminente.

Les pérégrinations hospitalières de ce malade sont très intéressantes. Il fut d'abord envoyé par son médecin à un gastrologue. Celui-ci l'adresse au dispensaire Léon BOURGEOIS où il est examiné par le docteur DOUADY au point de vue pulmonaire. Devant les examens négatifs le docteur DOUADY l'adresse au docteur BARUK comme un « petit anxieux ». A ce moment il se présentait comme un simple asthénique extrêmement banal. Cette impression se confirme par l'amélioration à la suite d'un simple repos.

Ce n'est que beaucoup plus tard que l'attention est attirée sur quelques troubles visuels. Le malade est alors examiné par le docteur WEISMAN-NETTER à l'hôpital Beaujon qui conclut à l'existence d'une chorio-rétinite d'origine spécifique. On le soumet alors au traitement spécifique ; les troubles visuels s'améliorent rapidement. Jusque là le psychisme restait absolument normal. On ne notait seulement qu'une sensation de fatigue et une grande émotivité. C'est seulement après deux ans d'évolution de ces divers troubles qu'apparaissent d'abord progressivement et ensuite brutalement des troubles hallucinatoires, les impulsions, puis un syndrome d'influence flou, nécessitant l'internement, d'abord à Sainte-Anne, puis à Charenton. Malgré une rémission actuelle, l'ensemble des troubles mentaux présentés, paraît bien de nature schizophrénique, quelques observations précédentes que nous rapportons à titre d'exemples (car des faits analogues sont très nombreux) montrent bien les problèmes diagnostics que posent ces formes viscérales initiales de la démence précoce.

On cherche en général les signes d'atteinte viscérale variés, et on pratique un certain nombre d'examens cliniques, radiologiques etc... Devant les résultats négatifs de ces divers examens, on pense à un état névropathique. *en particulier à l'hystérie.* Cette hypothèse est parfois d'ailleurs justifiée par l'existence de crises nerveuses à caractère hystérique. On considère alors à tort les *troubles comme des manifestations bénignes, souvent artificielles voire même imaginaires, et ce n'est que beaucoup plus tard que les accidents psychiques graves finissent enfin par fixer l'attention du médecin.*

Ces caractères évolutifs sur lesquels nous venons d'insister ont donc un intérêt pratique de premier ordre. Ils doivent mettre en garde contre des tendances encore trop répandues de considérer comme négligeable tout phénomène céphalique ou viscéral qui ne fait pas sa preuve, et de *poser avec beaucoup trop de légèreté ce diagnostic, en général très mal établi, d'hystérie. Il faut savoir que des manifestations hystérisiformes en apparence insignifiantes peuvent comporter un pronostic éloigné très réservé et qu'elles peuvent avoir la valeur d'un avertissement indiquant la menace d'une grave psychose.*

Au point de vue thérapeutique ces notions ont leur importance si le diagnostic, au lieu d'osciller entre des hypothèses d'affections viscérales variées, est établie précocement, une thérapeutique bien dirigée comportant le repos physique et moral, une médication sédative de l'excitabilité psychique, des conditions d'hygiène judicieuses, peuvent dans une certaine mesure suspendre l'évolution de la maladie, tout au moins momentanément.

Il y a là tout un problème de thérapeutique qui mériterait une étude spéciale et que nous ne faisons ici que signaler.

c) Troubles généraux.

Enfin, en même temps que les troubles viscéraux ou céphaliques précédents, surviennent souvent, à la même période, des troubles importants de l'état général en particulier *l'amaigrissement et la pâleur*. Parfois ce sont ces deux signes seuls qui ouvrent la scène, et ils aiguillent en général le diagnostic vers les hypothèses les plus variées. Par exemple dans notre observation 8, on pensa pendant longtemps à la possibilité d'une tuberculose pulmonaire. De nombreux examens cliniques et radiologiques furent faits à l'Hôpital Lariboisière et restèrent négatifs. Il en fut de même dans l'observation 16 où l'on constata un amaigrissement de près de 10 kg. en un an, amaigrissement en apparence inexpliqué.

Dans notre observation 17, le malade en raison de son mauvais état général, fut adressé au dispensaire Léon Bourgeois à Laennec. Là aussi les examens pulmonaires furent négatifs¹. Il ne faut pas oublier qu'un certain nombre de cas de démence précoce commencent par des troubles généraux et par des troubles de la nutrition, associés à des troubles vasculaires. Le faciès en particulier, s'altère, les traits s'accusent et se ravinent et surtout on voit s'accroître parfois une teinte terreuse des téguments tout à fait spéciale.

1. Dans un certain nombre de cas, il existe d'ailleurs réellement une tuberculose larvée. Le problème si important des rapports de la tuberculose et de la démence précoce reste en dehors de ce travail.

Ces troubles généraux des prodromes de la démence précoce sont d'ailleurs à rapprocher de ceux qui marquent le début de diverses maladies organiques du système nerveux, en particulier de la paralysie générale. On sait que celle-ci commence aussi parfois par un amaigrissement en apparence sans cause. La pâleur est toutefois beaucoup moins marquée que dans la démence précoce. Quoi qu'il en soit, ces faits mettent en évidence l'importance des troubles du métabolisme général et de la nutrition d'origine cérébrale.

CHAPITRE III.

VALEUR SÉMIOLOGIQUE DU SYNDROME SOMATIQUE PRODROMIQUE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

Nous venons précédemment de donner la description clinique d'après un certain nombre d'observations des signes somatiques céphaliques et viscéraux qu'on peut observer dans la phase prodromique de la démence précoce.

Il nous reste maintenant à définir la valeur séméiologique exacte de ces troubles.

Tout d'abord ces troubles somatiques font-il vraiment partie du tableau de la démence précoce ou ne constituent-ils qu'une coïncidence ?

On pourrait en effet objecter que les signes en question (céphalée, vertiges, troubles gastriques etc...) ne constituent nullement des signes caractéristiques, qu'il s'agit là de manifestations d'ordre extrêmement banal.

Nous le reconnaissons bien volontiers et on se tromperait lourdement sur notre pensée si on nous attribuait l'intention de décrire les maux de tête, les vertiges etc..

comme des signes en eux-mêmes caractéristiques de la démence précoce.

Nous savons parfaitement que ces mêmes signes peuvent s'observer dans la fatigue, dans les états émotifs, dans la psychasthénie et aussi d'ailleurs dans le début de maintes maladies organiques du système nerveux.

Mais le fait que les sympômes somatiques en question s'observent dans les circonstances les plus diverses ne suffit pas à leur enlever toute valeur séméiologique en ce qui concerne la démence précoce. Au contraire leur valeur séméiologique est mise en évidence par les trois ordre de faits suivants :

Leur fréquence,

Leur caractère évolutif et leur enchainement avec les troubles psychiques.

L'étude comparative des autres affections fonctionnelles et organiques du système nerveux où on le rencontre.

1° Fréquence

Les troubles céphaliques et viscéraux nous ont paru extrêmement fréquents. Sans vouloir faire de statistique, nous avons pu rapporter 18 observations prises au hasard dans nos dossiers. Nous sommes convaincus que si on pensait à les rechercher, on les observerait avec une très grande fréquence. Malheureusement les malades à cette période toute initiale ne sont pas examinés par des psychiatres et le diagnostic s'oriente sur une autre voie. Lorsque le malade est à l'asile, rien

n'attire l'attention sur les troubles somatiques du début. On n'en peut retrouver la trace qu'en interrogeant soigneusement la famille ou mieux encore les médecins traitants qui ont pu observer les malades au début.

Il existe dans l'existence des déments précoces un véritable paradoxe, pendant toute la période où le malade se plaint et attire l'attention, on refuse de l'écouter et on le catalogue comme un simple hystérique. On ne commence à s'occuper de lui que lorsque les dégâts sont réalisés et qu'après des avertissements répétés, le psychisme a fini par fléchir et se désagréger.

2° Caractère évolutif

Le caractère évolutif des signes somatiques prodromiques par rapport aux signes psychiques de la démence précoce sont très importants.

Nous avons vu, en effet, que loin d'être simplement juxtaposés, ces deux ordres de signes s'intriquent et se transforment étroitement les uns dans les autres.

Par exemple nous avons insisté sur la transformation graduelle et insensible de la céphalée douloureuse en céphalée cénesthésique puis en troubles cénesthésiques purs et enfin en sommeil cataleptique et en sentiment d'influence. Il y a là un passage graduel qui ne peut pas tenir à une simple coïncidence.

3° Etude comparative des troubles somatique prodromiques de la démence précoce avec ceux que l'on rencontre dans d'autres affections fonctionnelles ou organiques du système nerveux.

Nous avons dit que les signes somatiques que nous venons d'étudier ne sont nullement particuliers à la

démence précoce et qu'ils s'observent dans des états variés. Mais quels sont au juste ces états ?

Il y a d'abord une série de troubles dits fonctionnels tels que la fatigue, les réactions émotives, les obsessions et la psychasthénie. Dans ce dernier syndrome en particulier, la céphalée, la céphalée anesthésique et les troubles viscéraux variés : digestifs, cardio-vasculaires etc., tiennent une place importante.

Il y a ensuite toute une série d'atteintes organiques cérébrales. Par exemple la P.G. commence très souvent par une phase de céphalées, de troubles gastriques, d'oppressions qui pourraient paraître des manifestations banales si les examens neurologiques et humoraux ne venaient révéler le diagnostic.

Les tumeurs cérébrales présentent de nombreux exemples de même ordre dans lesquels on voit également un balancement des signes physiques et des signes psychiques sur lesquels le docteur BARUK a spécialement insisté².

Plus récemment, MM. CLAUDE, BARUK, LAMACHE ET CUIL ont rapporté une observation tout à fait démonstrative à ce sujet :

Il s'agissait d'une femme présentant depuis plusieurs mois des céphalées et des vertiges. Elle est alors hospitalisée à l'hôpital Beaujon dans le service du professeur Achard, où les examens restent négatifs. Le psychisme restait intact. Au moment même où la malade allait sortir de l'hôpital, brusque-

1. Cf. à ce sujet, les leçons bien connues de Gilbert Ballet sur la phase neurasthénique initiale de la P.G.

1. Henri Baruk, *Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*, Thèse de Paris, 1926.

2. Claude, Baruk, Lamache et Cuil. *Excitation maniaque et tumeur cérébrale*, *Encéphale*, 1928.

ment elle entre dans un état d'agitation violente avec fuite des idées, verbigération, injures ; cet état persiste plusieurs mois, mais à ce moment la céphalée, les vertiges ont totalement disparu. Mais l'autopsie révèle bientôt un méningiome comprimant le lobe temporal droit.

Des constatations analogues peuvent être faites dans l'épilepsie et dans l'encéphalite léthargique. Ces deux affections offrent des exemples très nets de troubles céphaliques ou viscéraux précédant immédiatement l'éclosion des troubles psychiques et disparaissant avec ces derniers.

Il suffit de citer à ce point de vue des aura viscérales de l'épilepsie qui peuvent revêtir les aspects les plus variés (gastriques, abdominaux etc.)¹. D'autre part, en ce qui concerne l'encéphalite léthargique, le cas suivant est caractéristique.

Il s'agit d'un malade observé par le docteur Baruk avec M. Horowitz, dans le service du docteur Bensaude à Saint-Antoine, pris tout d'abord de violentes douleurs gastriques simulant un ulcus. Pour cette raison il est hospitalisé à Saint-Antoine dans le service du docteur Bensaude. Mais bientôt ces douleurs gastriques font suite à des troubles brusques et violents du courant de la pensée. Une nuit il éprouve un déroulement incohérent d'idées et de souvenirs, puis peu à peu les jours suivants apparaît un état de ralentissement psychique et moteur.

On pensa d'abord à une tumeur cérébrale. Les examens restèrent négatifs à ce point de vue. Mais peu à peu on vit se développer un syndrome Parkinsonien. *A partir du début des troubles mentaux et nerveux les troubles gastriques ont complètement disparu.*

On pourrait multiplier les exemples. Mais les quelques

1. Cf. à ce sujet. H. Baruk : quelques aspects de l'épilepsie viscérale. Crise angineuse, salivaire, génitale, *Gazette médicale de France*.

faits que nous venons de rapporter suffisent à montrer qu'il n'y a pratiquement pas de différence entre les troubles céphaliques et viscéraux prodromiques de certains cas de maladies organiques et les mêmes troubles prodromiques des névroses et psychoses et en particulier de la démence précoce.

Que conclure de tous ces faits ? C'est que si les signes somatiques que nous venons d'étudier dans les prodromes de la démence précoce ne sont nullement pathognomoniques de cette affection, ils ont cependant une valeur séméiologique très spéciale. *Ils traduisent le cri d'alarme de l'atteinte du système nerveux.* Si cette atteinte reste légère, tout se réduit à ces signes d'alarme qui ne se transforment pas. C'est ce qui se passe dans la psychasthénie et dans les névroses.

Si au contraire l'atteinte du système nerveux est plus profonde, *les signes somatiques et douloureux d'alarme sont bientôt suivis de désordres psychiques graves. C'est ce qui se passe dans les affections organiques diverses que nous avons rapportées et aussi dans la démence précoce.*

On voit donc que la démence précoce suit dans son évolution les mêmes lois que celles de beaucoup d'autres atteintes organiques connues du cerveau. Le système nerveux crie sa souffrance au début, alors que la maladie n'est pas encore constituée ; lorsque la désagrégation psychique se fait, les phénomènes douloureux se faisaient. A ce point de vue, l'étude de la phase prodromique des troubles somatiques de la démence précoce apporte un argument de plus en faveur de la nature organique de ce syndrome.

Un dernier point reste à préciser. Le syndrome somatique prodromique que nous venons d'étudier dans la démence précoce a-t-il une *valeur pronostique spéciale* ? Sans vouloir généraliser il nous semble que ce syndrome somatique est d'autant plus développé qu'il s'agit de formes moins graves et moins rapidement évolutives. Nous avons remarqué dans une certaine mesure, que lorsque ces céphalées, ces troubles viscéraux sont fortement accusés et prolongés, le fléchissement psychique n'intervient que plus tard. En outre des rémissions s'observent plus fréquemment grâce à un repos méthodiquement conduit. Par contre certaines formes à début psychique immédiat, ces formes que l'on voit notamment chez les jeunes sujets, et dans lesquelles s'installe rapidement et parfois même brusquement une incohérence des propos et des actes ont une évolution souvent rapide vers [un affaiblissement marqué (démence précoce type MOREL).

Bien entendu il s'agit là surtout d'impressions cliniques qui n'ont rien d'absolu. Mais il n'est pas sans intérêt pratique de constater *que la présence du syndrome prodromique semble indiquer une évolution plus lente, et parfois même réalise certaines formes fixées de la démence précoce.*

CHAPITRE IV.

PATHOLOGIE ET ÉTIOLOGIE DU SYNDROME SOMATIQUE PRODROMIQUE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE.

Nous venons de voir précédemment que tous les faits cliniques militent en faveur d'une atteinte du système nerveux dans la genèse des troubles du syndrome somatique.

Il nous reste à préciser les modalités de cette atteinte et surtout les causes. Nous ne ferons qu'envisager d'une façon très brève l'étude de ce problème étiologique qui demanderait une étude à part.

Un premier point reste à trancher. Les signes que nous avons décrits plus haut, c'est-à-dire les céphalées, les troubles cénesthésiques et surtout les troubles viscéraux qui rappellent l'angoisse (angoisse abdominale) ne sont-ils pas d'origine émotive ou affective

Au premier abord, en effet, ils rappellent de très près ce qu'on peut observer dans une émotion. Nous savons qu'une telle interprétation des faits serait celle d'un grand nombre d'auteurs à l'heure actuelle, qui sont

enclins à attribuer aux causes psychiques une part prépondérante dans la genèse de la démence précoce.

Nous ne croyons pas pour notre part, cette opinion justifiée. Du fait qu'une émotion est susceptible de déterminer des troubles viscéraux et de l'angoisse, il ne s'ensuit pas que toutes les angoisses soient d'origine émotive. Il y a des angoisses sans causes psychiques ou en rapport avec des causes infimes ou absolument disproportionnées.

L'étude des maladies organiques cérébrales nous en offre de très nombreux exemples. En pareil cas le système nerveux est actionné non par l'émotion, mais par l'atteinte directe organique.

Par exemple les aura de l'épilepsie lorsqu'elles existent peuvent se traduire par les mêmes réactions émotives ou anxieuses sans qu'il soit survenu aucune cause psychologique susceptible de les justifier. Que se passe-t-il en pareil cas ? La suspension brusque de certaines fonctions cervicales retentit douloureusement sur le sujet, lui donne l'impression d'une menace grave, et de fait cette menace se réalise presque aussitôt par le véritable cataclysme que constitue la crise.

De même dans les prodromes de la démence précoce, l'atteinte cérébrale se traduit par les mêmes sentiments de menace, et aussi par les mêmes angoisses viscérales que dans l'épilepsie. La seule différence c'est que dans l'épilepsie, la menace est brutale, et l'accident extrêmement paroxystique, tandis que dans la démence précoce, les phénomènes sont plus lents, plus progressifs. Mais dans les deux cas l'impression anxieuse et douloureuse

est tout aussi justifiée et d'origine organique, et dans les deux cas, *la réaction anxieuse n'est que la prise de conscience parfaitement exacte d'une atteinte cérébrale menaçant à bref délai l'intégrité du psychisme.*

Quant à la nature même de l'atteinte cérébrale qui conditionne ces troubles somatiques du début de la démence précoce, elle mérite encore de nombreuses études. Il s'agit en tous cas d'une atteinte dynamique, comportant probablement une part importante des phénomènes toxiques¹ comme le font penser non seulement les céphalées et les vertiges, mais encore les troubles vasculaires et généraux dont on ne saurait exagérer l'importance dans l'étude de la démence précoce.

De ce travail nous concluons par les quelques réflexions suivantes :

Il serait à souhaiter que l'on cessât de considérer isolément les phénomènes psychiques et les phénomènes somatiques. Nous avons montré que ces derniers ouvrent la scène de la démence précoce et que les troubles psychiques qui leur font suite ne présentent avec eux aucune délimitation bien nette. Les perturbations des divers appareils de l'économie nous incitent à penser que le fonctionnement psychique d'un individu est soumis aux mêmes lois que celles qui régissent l'équilibre de ses fonctions organiques, et aussi que le système nerveux central intervient largement non seulement dans le domaine viscéral, mais encore dans le déroulement et la contention de la pensée.

1. Le Dr Baruk attache dans la genèse de ces céphalées et de ces troubles viscéraux une grande importance aux causes toxiques ou à des toxico-infections atténuées diverses, parmi lesquelles il fait une place importante à la tuberculose toxique.

Nous n'en voulons pour preuve que cette précession de l'atteinte fonctionnelle des principaux organes vitaux qui, en l'absence de toute altération locale cliniquement décelable est le premier cri d'alarme d'un système nerveux compromis. Même si ces troubles semblent régresser, n'oublions pas qu'ils sont remplacés par des troubles cénesthésiques qui leur font suite directement au fur et à mesure que la maladie progresse vers la désagrégation psychique. Lorsque la dissociation des fonctions supérieures aura fait son œuvre, on peut bien dire que les deux phases si différentes de la démence précoce — la première faite de douleurs extériorisées, la deuxième faite de calme et indifférence apparente — appartiennent à un même processus morbide.

En somme, la démence précoce est un syndrome à caractère clinique et évolutif particulier. Ce n'est pas un simple syndrôme psychique isolé, mais il représente un type de réaction grave du système nerveux, comme le montre cette phase prodromique commune à la démence précoce et aux autres affections cérébrales, suivant une formule du Docteur Baruk, la démence précoce est « l'ictère grave de la psychiatrie ». En effet, de même que l'ictère grave représente l'expression la plus accentuée de l'insuffisance de la cellule hépatique, de même la démence précoce représente parmi les divers troubles fonctionnels du système nerveux, le degré le plus accentué du fléchissement des fonctions cérébrales.

Obs. I.

(M. Raic....., 22 ans).

Vu pour la première fois par le docteur Longjumeau pour des céphalées extrêmement violentes. Le docteur Longjumeau pense à une tumeur cérébrale.

Le malade ne pouvait pas supporter le moindre bruit qui lui arrachait des cris.

Nausées sans vomissements.

Le malade est examiné dans ces conditions avec le docteur Longjumeau par le docteur Baruk qui ne trouve aucun trouble psychique mais constate que le moindre effort, la parole même, augmente les douleurs céphaliques d'une façon atroce. Le docteur Baruk qui pense lui aussi à une tumeur cérébrale, fait alors entrer le malade à l'hôpital Henri-Rousselle pour observation :

Examen du fond de l'œil	} négatifs.
Ponction lombaire	
Radio du crâne	

rien d'anormal.

Devant ces examens négatifs, le docteur Baruk procède à un interrogatoire du père relatif aux antécédents du malade, dont voici le résumé :

Antécédents. — Bien portant dans l'enfance, né à terme, normal à la naissance, parole, etc..., âge normal.

Rien de spécial, bien éveillé, intelligent, très actif pas du tout renfermé. Va à l'école jusqu'au certificat d'études qu'il passe à 11 ans. Toujours dans les premiers de sa classe, avait beaucoup de camarades, s'amusait bien. Il fait ensuite 2 ans de cours supérieur, puis il commence à apprendre le métier de mécanicien, mais ne continue pas disant que c'était trop sale.

Vers l'âge de 14 ans, il a commencé, dit son père, des « rêves de grandeur ». Il disait qu'il ne voulait plus travailler, que ses parents travaillaient assez pour lui, qu'il voulait une auto ; il ne voulait plus rien faire.

En même temps, il reste à la maison, va au cinéma, ne voit plus ses amis ; lit tout le temps ou dort, toutefois, il reste doux.

Ses parents l'amènèrent en Italie ; on le change de places plusieurs fois. De 14 à 20 ans même état, se plaignant d'être malade, fatigué. Les médecins ne lui trouvaient rien.

En même temps que le début des troubles (entre 14-15 ans),

un peu après le début de ceux-ci, le malade fait une pleurésie (avec épanchement du côté droit, croit le père). Le soir même du début de sa pleurésie, dès le point de côté, il aurait eu une crise de nerfs (s'est débattu mais sans perdre connaissance). Guérison assez rapide de la pleurésie en trois semaines, 1 mois, environ. Ne s'est plus ressenti de cette pleurésie ultérieurement, n'a jamais plus toussé. A noter qu'avant la pleurésie il avait été opéré des amygdales (hémorragies nasales persistantes ensuite, nécessitant des tamponnements).

Il continue ensuite de changer sans cesse d'occupation ne s'arrêtant à rien. On essaie de le faire travailler à l'Ecole Pigier, mais il ne veut pas continuer. Il reste à la maison à lire ou à rêvasser. Il se plaint toujours d'être fatigué, de douleurs de tous les côtés, préoccupations hypocondriaques multiples.

Il y a 2 ans (à l'âge de 20 ans) commencent de grands maux de tête. Il se plaignait violemment, s'agitait, se prenait la tête entre les mains, pas de vomissements. Céphalées quotidiennes pendant près d'un an, empêchant toute occupation. Troubles cénesthésiques. Il disait qu'il sentait comme un globe qui se tournait dans sa tête.

Soigné par des régimes alimentaires divers, les maux de tête se sont atténués au bout d'un an peu à peu, mais sans disparaître. Ou plutôt les maux de tête ont été remplacés par des troubles cénesthésiques. Peu à peu il souffre moins, mais il dit qu'il sent la tête se vider, qu'il a comme une araignée dans la tête qui lui serre le cerveau, etc... Visiblement la douleur est bien moins vive.

En outre, une tentative de suicide (a acheté un revolver il y a un mois pour se suicider). Au moment de l'achat, l'armurier s'aperçut tout d'un coup qu'il avait l'air bizarre et changea les balles contre des balles à blanc. Le malade essaya de se faire du mal, mais les balles ne partirent pas.

Par moment, idées mystiques (il dit qu'il va aller à Jérusalem, il prie sans cesse). A d'autres moments, il écrit pendant des journées entières le même chiffre avec lequel il couvre des pages. Quand on lui demande le motif, il dit : « C'est un secret, tu le sauras après ».

Cependant, il est toujours capable d'écrire des lettres parfaites, très correctes. Pas de troubles de la mémoire.

Soigné à Gênes, à la clinique du professeur Morselli, pendant 3 mois, de décembre 1928 à avril 1929.

Pas de fugues. A engraisié beaucoup depuis quelques mois, après avoir été très maigre à un moment donné.

Antécédents héréditaires :

Pas d'autres enfants. Un enfant mort à 8 jours (grosse émotion de la mère enceinte de 8 mois, menacée d'être blessée par un cheval). Pas de fausse-couche.

Le malade est maintenu en observation à l'Hôpital Rous-selle ; on constate que les maux de tête s'atténuent et sont remplacés par des troubles cénesthésiques (angoisses morales).

« Ça se déplace dans le cerveau... c'est une crispation tantôt à droite tantôt à gauche (à la tempe)... Ce n'est pas comme au début, c'est moins violent ; c'est comme si on mettait des doigts dans le crâne ; parfois c'est à la tempe, à la figure... »

Ces troubles viennent surtout quand il est émotionné ou contrarié, ou à l'occasion de bruits qu'il ne peut supporter.

C'est comme une angoisse morale.

Les mouvements de la tête exagèrent beaucoup les troubles. Il marche la tête immobile, par moment il se tient la tête pour éviter les secousses. Véritable immobilisation de la tête qui est tenue raide.

« Il me semble que ça se défait, que tout est vide là-dedans ».

Tout cela s'atténue au repos, dans le silence, le calme et la solitude. La parole, l'effort, le moindre déplacement provoquent et augmentent les troubles.

On cherche à lui fléchir la tête, il résiste. — On lui demande pourquoi :

« C'est parce que, dit-il, quand on me plie la tête, j'ai l'impression que ma figure et ma tête se séparent en deux par là » (il montre son nez).

— Tu sais bien que ce n'est pas possible ?

« Je le sais bien, mais c'est une impression. Elle se produit moins quand je plie la tête moi-même ».

Il se plaint aussi de douleurs dans les gencives qui irradient dans la région sous orbitaire droite. Il sort de l'hôpital Henri-Rousselle. Peu à peu les troubles évoluent vers l'hébéphénie.

Le malade reçu à l'établissement de Meyzieu (Isère), est examiné par le docteur Courjon qui écrit au docteur Baruk : « ... Le jeune Raich..., en traitement à la clinique depuis « près de trois mois est, en effet, un hébéphrénique dont la « désagrégation psychique est, sinon déjà faite, du moins en « voie de se faire. Au début, le malade s'est montré très difficile, très hypocondriaque, jamais content de son sort, refu-

« sant parfois de manger et restant continuellement dans sa chambre.

« Actuellement le jeune Raich... s'est amélioré à ce point de vue là il sort de sa chambre, se mêle aux autres malades beaucoup plus. Malheureusement, ses idées ne changent pas et sa faculté d'attention est des plus limitées.

« Au point de vue physique, il est certain, d'autre part, que le malade est également déficient et de résistance moindre ; il ferait un jour une tuberculose que cela ne ferait que confirmer d'ailleurs la nature du terrain dans lequel évolue en général la démence précoce ».

En résumé, lors des premiers examens pratiqués chez ce malade, l'aspect clinique rappelle celui d'une hypertension intracranienne, céphalées violentes, nausées et à ce moment, le malade ne présentait aucun trouble psychique.

Le diagnostic de démence précoce n'a pu s'établir que 1° par quelques nuances cliniques, bizarreries de caractère, tendance à une activité stéréotypée par intervalles.

2° Surtout par l'évolution ultérieure.

A ce point de vue nous insistons sur la transformation progressive de la céphalée douloureuse en céphalée cénesthésique et en sensations céphaliques imagées et devenues non douloureuses qui constituent le prélude immédiat de la dissociation mentale.

Obs. II.

(M. Comt..., 24 ans).

Renseignements donnés par la famille :

Il y a 6 mois, le malade qui était mécanicien sur une locomotive, a éprouvé à la suite d'un accident une violente émotion : la locomotive avait renversé sur la voie un homme qui

fut blessé gravement. Le malade très impressionné par cet accident perdit connaissance. Il revient du reste assez rapidement à lui et reprit son travail le lendemain.

Quelques temps après, 15 jours, à 3 semaines environ, il eût durant son travail un *étourdissement*. *Il revint chez lui en proie à un violent mal de tête et dû s'aliter. Il reprit son travail au bout de quelques jours, puis dut l'interrompre de nouveau et resta fatigué et se plaignant de la tête pendant 2 ou 3 mois.*

Il y a trois mois, la *céphalée* devint *excessivement tenace, ne cédant à aucun analgésique*. Jusque-là le malade n'avait présenté aucun trouble psychique et c'est rapidement, en l'espace de quelques jours, que se constitua un état très voisin de celui qu'il présente actuellement.

Ce qui frappa d'abord son entourage, ce fut le trouble de sa mémoire. Le malade ne se rappelait plus ce qu'on venait de lui dire. Il répétait constamment les mêmes questions, sans pouvoir rien retenir.

En outre, toute son activité était suspendue ; il ne sortait plus, restait immobile dans sa maison, sur une chaise ou dans son lit. Cependant, il répondait bien aux questions, faisant seul et convenablement sa toilette, restant propre, correct, doux, docile et affectueux comme auparavant. On ne constatait pas de modifications de son caractère. Ses sentiments affectifs étaient conservés. Il s'inquiétait même sans cesse de ne pouvoir aller à son travail, craignait de perdre sa place, de laisser ses enfants dans la misère. Cependant à aucun moment il ne présenta d'idées mélancoliques et conserva toujours l'espoir de la guérison.

Peu à peu, toutefois, il commença à se désintéresser du monde extérieur. Il restait inerte et ne parlait plus.

Puis, il commença à manger énormément ; il se précipitait sur tous les aliments qui étaient à sa portée, les avalait glou-tonnement presque sans les mâcher. De même, il buvait beaucoup, avalait des carafes de cidre.

Son activité était de plus en plus réduite. Il restait sans cesse au lit.

Devant cet état on le conduisit à la Salpêtrière.

Premier examen le 22 février 1925.

Aspect général : Malade restant au lit, faciès d'aspect assez peu expressif, avec de temps en temps large sourire semblant exprimer une satisfaction béate ; il semble s'intéresser à ce qui se passe autour de lui, mais tout regard s'accompagne de mou-

vement de la tête comme si le malade ne voyait que sous certaines incidences. Il rit constamment d'un air puéril au cours de l'examen, faciès arrondi, joues bien remplies. Homme de constitution robuste, docile, air « bon enfant », s'amuse comme un enfant.

— Comment cela va-t-il ?

— Grognement incompréhensible.

— Y a-t-il longtemps que vous êtes ici ?

— « Je ne me rappelle pas ».

— Où êtes-vous ici ?

— Après une pause, il répond « Au Tréport ».

— Vous en êtes sûr ?

— « Oui ».

— Quelle est cette maison ?

— Il regarde tout autour de lui d'un air égaré et après une longue pause il répond : « C'est une maison où on soigne les malades ».

— Comment cela s'appelle-t-il ?

— « Je ne sais pas ».

— N'est-ce pas un hôpital ?

— « Peut-être ».

— En quelle année sommes-nous ?

— « En 1920 ».

— Quel mois ?

— « Je ne sais pas. Novembre, peut-être !!! ».

— Depuis quand êtes-vous ici ?

— Après une longue pause : « Je ne sais pas, depuis quelques jours peut-être... Je ne sais pas du tout comment je suis venu ici ».

Il n'a aucun souvenir de son arrivée à l'hôpital, ne sait pas qui l'a conduit et pour quel motif. Il suppose qu'il a été malade et qu'il a été conduit à l'Hôpital du Tréport. N'a absolument aucun souvenir d'avoir fait le voyage du Tréport à Paris.

On lui dit qu'il est à Paris, à la Salpêtrière. Il fait « Ah ! ». Quelques minutes après il redemande : « Où suis-je ? Je ne sais pas où je suis, ni comment j'y suis venu ».

Il ne se rappelle pas ce qu'on vient de lui dire quelques minutes auparavant. De même, il demande l'heure qu'il est, on lui indique et quelques minutes après il redemande l'heure, ne se rappelant pas ce qu'on vient de lui dire.

Amnésie de fixation complète : une personne, amie de sa famille est venue le voir quelques minutes avant l'examen.

On lui demande : « Avez-vous eu de la visite aujourd'hui ? Il répond « non », il ne se rappelle rien.

— Quelqu'un est venu vous voir aujourd'hui ?

— « Ah ! je ne sais pas, je ne me rappelle pas ».

Il ne sait pas dire s'il a déjeuné, ni ce qu'il a mangé.

Il repose perpétuellement les mêmes questions. Redemande toujours quelle heure il est.

La désorientation est très marquée. S'adressant au médecin comme à un vieux camarade de longue date, il dit : « Qu'est-ce que tu fais vieux ? Le médecin lui demande s'il le connaît, s'il sait ce qu'il fait. Il répond : « Tu es employé de chemin de fer », il se croit à son travail. Il a conscience de cette désorientation et répète sans cesse, avec un regard égaré : « Où suis-je, je ne sais pas où je suis »...

Les souvenirs plus anciens sont beaucoup moins troublés que les souvenirs récents. Si le malade ne se rappelle de rien de ce qui s'est passé depuis son entrée à l'hôpital et des visites de sa femme à l'hôpital, il peut donner quelques précisions sur sa vie passée. Par exemple, il se rappelle qu'il travaillait dans les chemins de fer, qu'il était chauffeur sur une machine, qu'il a été durant 2 ans au régiment, dans l'Infanterie au 137^e au Tréport, qu'il était soldat de 1^{re} classe. Il se rappelle de la guerre, dit qu'elle a duré à peu près 5 ans, que durant cette période, il est resté au Tréport. Il peut donner quelques précisions sur sa famille : sa mère habite le Tréport où elle est marchande de poisson. Son père est divorcé d'avec sa mère ; il était chauffeur comme lui au chemin de fer. Il a eu 12 frères et sœurs, mais 6 sont morts. Il a eu 2 frères mobilisés pendant la guerre, un a été blessé.

Tout cela est dit extrêmement lentement. Il faut lui arracher chaque réponse, répéter longtemps les mêmes questions et attendre parfois la réponse dite d'une voix faible, les mots peu articulés. Toute cette conversation est entrecoupée de petites périodes où l'attention est à peu près impossible à fixer et pendant lesquelles le malade répète : « Où est-ce qu'on est là ? Je ne me rappelle plus... Qu'est-ce que tu fais vieux ? »

En somme, grosse désorientation, lenteur extrême des réponses, attention excessivement déficiente, amnésie de fixation considérable avec conversation relative des souvenirs anciens, mais lenteur extrême de leur évocation. L'association des idées est également extrêmement lente mais il n'y a pas d'incohérence.

L'affectivité paraît également très touchée. Le malade ne s'intéresse que peu à ce qui se passe autour de lui. Cependant il suit du regard les personnes qui passent dans la salle demandant : « Qui est-ce, qui est-ce ? » De nombreux visiteurs étant venus voir son voisin de lit, il les regarde avec étonnement et dit : « Qui est-ce ? qui est là ?... » Me voyant écrire il répète : « Qu'est-ce que tu fais là ? » Il demande le carton d'observation il le regarde, le retourne dans ses doigts.

Les sentiments affectifs paraissent très diminués. On lui parle de sa femme, on lui demande s'il voudrait la voir. Il répond à peine, ou dit oui sur un ton d'indifférence. Parfois cependant il esquisse un sourire.

On lui parle de ses enfants :

— Avez-vous des enfants ?

— « Oui ».

— Combien ?

Il parvient avec peine à donner leur âge respectif : 5 ans, 4 ans et 2 ans.

— Les avez-vous vu vos enfants ces jours-ci ?

— « Je ne sais pas... je ne me rappelle pas ».

— Faut-il leur dire de venir ?

— « Oui ». Mais tout cela est dit sur un ton d'indifférence. Cependant, il reconnaît les personnes qui le soignent, il manifeste même ses préférences pour certaines infirmières, en souriant et en manifestant une certaine joie mimique lorsqu'il les voit.

Activité : Il reste au lit, immobile. Il ne peut pas faire sa toilette lui-même, il faut le débarbouiller, l'habiller, le laver, lui passer ses vêtements.

Il mange gloutonnement et s'empare de tous les aliments qui sont à sa portée pour les manger. Il a mangé un jour, coup sur coup, une douzaine de bananes qui étaient sur la table à côté de son lit. De même il boit et vide rapidement tous les pots de lait ou de liquide qui sont à sa portée. Il mangerait sans arrêt et ne se rappelle de rien de ce qu'il vient de faire. Cependant, il ne porte pas à sa bouche des choses non comestibles. Il se trompe, erreurs grossières dans son activité : il lui est arrivé plusieurs fois d'uriner dans les tasses qui se trouvaient sur sa table de nuit.

Par ailleurs, le malade est extrêmement docile, il fait tout ce qu'on lui dit de faire, il est toujours calme, très doux, plutôt souriant.

Il parle peu spontanément, mais répète toujours les mêmes mots : « Où suis-je ?... quelle heure est-il » ?... il demande continuellement l'urinal, appelle très souvent l'infirmière, cependant fait souvent ses matières au lit.

Examen de la parole :

1^o *Articulation* : parole basse, monotone, les mots un peu hachés, incomplètement articulés, comme quelqu'un qui n'a pas le courage de parler, d'articuler ses phrases. Cependant pas de dysarthrie à proprement parler, pas le moindre achoppement, les diphtongues s'enchaînant normalement et correctement.

2^o *Examen au point de vue de l'aphasie :*

a) *Perception des ordres simples* : ouvrez les yeux, ouvrez la bouche, donnez-moi la main. Tout cela parfaitement exécuté.

Les ordres compliqués, à condition qu'ils soient donnés oralement, sont parfaitement exécutés (par exemple : mettez le pouce droit dans l'oreille gauche ; mettez la main gauche sous le nez, etc...). Toutefois les ordres qui ont trait à la prise d'un objet déterminé sont mal exécutés. Par exemple on lui dit de prendre une cigarette, il prend une allumette. On lui dit de prendre une orange qui est devant lui, il ne comprend pas.

b) *Élaboration des mots* : on lui présente divers objets usuels : un encrier, un porte-plume, un verre, un bouton. Le malade ne peut pas indiquer un seul nom. Quand on lui dit le nom, il ne peut le répéter et ne le reconnaît pas. Par exemple, on lui présente un encrier... Qu'est-ce que c'est ? Pas de réponse... c'est un encrier ? ... il répond « Non..., non... ». Il en est de même de tous les objets.

Cependant, il semble le plus souvent reconnaître à quoi sert l'objet en question. Par exemple, on lui présente un peigne... il ne peut pas trouver le nom, mais quand on lui demande : A quoi cela sert-il ? il fait le geste de se peigner... Enfin, après avoir cherché le mot, il dit : « C'est un peignoir ».

De même, on lui fait voir une montre, il ne trouve pas le mot, mais il lit l'heure correctement.

A noter que malgré cela il trouve ses mots dans la conversation courante. Il n'a aucune paraphasie.

Lecture difficile, il épelle syllabe par syllabe et en écorchant les mots. Il ne comprend pas les ordres écrits. Par exemple : Ouvrez la bouche... Il lit lentement la phrase mais ne peut exécuter l'ordre.

Il écrit mieux qu'il ne lit. Il écrit son nom, mais très lente-

ment, ne peut écrire son âge, mais peut copier ce qui est écrit, il peut même transformer l'imprimé en cursive.

Examen neurologique :

Motilité : force segmentaire très bonne et égale dans les différents segments et bonne des 2 côtés.

Réflexes tendineux :

Droit : Radial normal, cubital, égaux des deux côtés.

Gauche : Radial plus vif qu'à droite.

Rotuliens : égaux des deux côtés.

Réflexe plantaire : A droite, nettement en flexion ; à gauche, douteux, semble parfois nettement en extension, mais cette extension s'accompagne d'un mouvement de fuite avec une hyperesthésie considérable des 2 côtés du reste.

Réflexes cutanés : crémastériens : anormaux des 2 côtés ;

Abdominaux : normaux.

Sensibilité : aucun trouble sensitif. L'examen de la sensibilité est possible, malgré l'état mental du malade, reconnaît très bien la pique, le chaud et le froid et même la notion de position. Toute la sensibilité semble normale

Nerfs crâniens. Face légère asymétrie faciale dans le domaine du facial inférieur. Pli naso-génien moins marqué à gauche. La partie gauche de la face est moins mobile que la droite (dans son segment inférieur tout au moins) dans le rire, l'ouverture de la bouche.

Cependant pas de déviation de la langue.

L'occlusion des paupières est égale des 2 côtés. Rien ailleurs. Oreille, entend bien.

Coordination : dans le lit, dans les mouvements commandés (doigt sur le nez, talon sur le genou) aucune incoordination, aucun trouble cérébelleux.

Par contre la marche est très troublée : le malade ne peut marcher que soutenu par des aides, il marche tout d'une pièce, tout le corps penché en arrière. Dans l'épreuve de pencher le corps en arrière, il ne fléchit pas les genoux. Il marche à petits pas, il ne semble pas que ces troubles soient augmentés par l'occlusion des yeux.

— Qu'est-ce que c'est que ça ? (une boîte d'allumette).

— « Je sais le dire, mais je ne peux pas le dire... ».

— Qu'est-ce qu'on fait avec cela ? Il allume une allumette.

— Qu'est-ce que c'est que ça ? (une allumette).

— « Je ne sais pas ».

— Est-ce une aiguille ? (il a dit auparavant que c'était une aiguille).

— « Non ».

— Est-ce une allumette ?

— « Non ».

On lui présente une montre, il lit l'heure exacte.

— Qu'est-ce qu'on fait avec cela ?... Est-ce un verre ?...

— « C'est un... oh !..., je le sais bien, mais je ne peux pas le dire ».

— Est-ce une montre ?

— « Non ».

Il ne trouve pas le nom et si on le lui dit, il ne le reconnaît pas.

— Qu'est-ce que c'est que ça ? (des lunettes).

— « Ah ! je sais ».

Il ne peut pas dire le mot, mais il les met correctement.

— Ce sont des lunettes...

— « lunettes ».

— Est-ce des lunettes ?

— « Non ».

La parole répétée est possible.

— Qu'est-ce que c'est que ça ? (un crayon).

— « C'est pour écrire ».

— Est-ce un encrier ?

— « Non ».

— Est-ce un crayon ?

— « Oui ».

— Qu'est-ce que c'est ?

— « Un crayon ».

Au bout d'une minute :

— Qu'est-ce que c'est ?

— « Je ne sais pas ».

On lui met une pièce de 1 franc dans la main. Il ne la reconnaît pas au toucher.

— C'est un sou ?

— « Non ».

— Est-ce un franc ?

— « Oui ».

Ne retrouve pas mieux le nom des objets au sens tactile. Répète très bien les mots (boîte de cigarettes).

Ordres. Montrez votre pouce. — Il le montre. Montrez votre main gauche, il la montre. — Prenez une orange (il l'a devant lui)... « Il n'y en a pas ».

— C'est une orange... A quoi ça sert ?

— « Ça sert à manger ».

Si on lui montre le pouce, il ne peut le nommer.

La compréhension est moins troublée que l'élaboration mais il prend cependant une allumette pour une cigarette.

Apraxie. — Allume très bien une cigarette au commandement de : « Fumez une cigarette ».

Fait correctement le salut militaire, un pied de nez, montre le poing, s'assied quand on lui commande.

Ordre écrits : « Fermez les yeux ». Il lit syllabe par syllabe. *Écriture.* Écrivez « Paris est une belle ville » (fatigué).

Examen du 8 juin 1925.

État absoluement stationnaire. Même amnésie. Aucun changement depuis le premier examen.

Examen du 14 avril 1926 :

Le tableau clinique est tout à fait celui d'un dément précoce catatonique ; le malade reste immobile dans son lit, le faciès absolument indifférent, sans aucune expression, les traits empâtés. Il répond aux questions, mais sur un ton d'indifférence.

— Bonjour, Monsieur Com...

— « Bonjour ».

— Comment cela va-t-il ?

— « Ah ! Ah !... (rire béat).

— Me reconnaissez-vous ?

— « Non ».

— Y a-t-il longtemps que vous êtes ici ?

— « Je ne sais pas ».

— Voulez-vous rentrer chez vous ?

— « Non ».

Cependant il se souvient de la période qui a précédé son arrivée à la Salpêtrière ; il se rappelle qu'il était mécanicien sur une locomotive, qu'il habitait Eu. Ce qui domine c'est l'extrême indifférence affective.

Très docile, ne s'oppose à aucun mouvement. Au contraire, véritable passivité : catalepsie très nette (garde les attitudes très longtemps). Il peut se lever, se tenir debout, marcher, mais aucune initiative. Doux, docile, jamais d'agitation. Il mange tout seul maintenant, plus proprement et surtout moins gloutonnement. Il ne vomit plus comme il faisait autrefois. Embompoint marqué.

Il se plaint toujours de souffrir un peu de la tête de temps en temps. Rien de nouveau à l'examen somatique.

Chez ce malade, les céphalées violentes prémonitoires, le ralentissement mental accentué, les troubles d'allure confusionnelle avec désorientation simulent de très près pendant de longs mois la tumeur cérébrale et le diagnostic de tumeur frontale avait été porté pendant fort longtemps par des neurologistes des plus compétents. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'on dut reconnaître qu'il s'agissait de démence précoce. Les maux de tête disparurent alors complètement.

OBS. III

(M. BAST...)

Début, il y a un an, après une grippe (fièvre ; la température dépassait 39°, asthénie extrême, céphalée). Cette grippe s'atténue au bout d'une quinzaine de jours, mais les *maux de tête persistent très violents* ». *Toute sa tête était prise. Il ne se tenait que grâce à l'aspirine. Il souffrait de la tête, surtout dans la soirée, souvent la céphalée l'obligeait à se coucher, étant intolérable.*

Il souffrait aussi beaucoup de l'estomac, craignait d'avoir un cancer. Sensation de brûlure au creux de l'estomac.

A ce moment, n'avait pas de troubles psychiques.

Il reprend son travail, mais bientôt son contrôleur s'aperçoit qu'il tient des propos bizarres (par exemple, un client lui aurait présenté une bible pour l'acheter ; il dit que cela signifiait qu'il allait bientôt mourir). Une autre fois il regarde un rameau de buis dans la chambre à coucher et dit tout d'un coup : « Que fait ce buis, oh!, mon frère est mort » et il doit prendre le train le dimanche suivant pour s'assurer que son frère n'est pas mort.

Quand il voyait la cuisinière fumer, il disait que quelqu'un montait sur le toit pour boucher la cheminée.

Il prend des congés, mais les troubles délirants augmentent ; il est irritable, dit qu'on l'empoisonne, se plaint d'une saveur de cuivre dans la bouche.

Antécédents :

Était de longue date *sujet aux céphalées* ; par ailleurs, bien portant. Très gentil habituellement, puis brusquement se mettait en colère après sa femme. Plutôt gai.

Vers l'âge de 16 ans, période de fatigue prolongée. Plusieurs tentatives de fugues.

Copie d'un certificat de placement : « Est atteint de bouffées délirantes polymorphes à type discordant, datant de plusieurs mois. A crû être poursuivi pour une complicité supposée dans un complot royaliste. Aurait acheté d'occasion un violon qu'il aurait cru par la suite être royaliste. Inactivité, inaffectivité. Cet état d'aliénation mentale, nécessite un placement dans un établissement spécial »...

Sceaux, 11 janvier 1932

Signé : BONHOMME.

Entre ensuite à la Maison Nationale de Charenton (service du docteur Baruk).

Depuis lors, l'état discordant ne fait que s'aggraver ; indifférence profonde, vagues sourires, idées délirantes, incohérentes.

Le malade ne souffre plus de rien ; se sent bien content, et se trouve en parfaite santé, dit-il. Il se rappelle les maux de tête du début de sa maladie, mais ne les éprouve plus du tout.

OBS. IV.

((M^{lle} Ev.....))

à l'Asile de Clermont-de-l'Oise).

Elle avait éprouvé de fortes migraines depuis l'enfance (6 ou 7 ans), elle était obligée de se coucher. Parfois vomissait toute la journée.

Par périodes, elle vomissait seulement 3 ou 4 fois par semaine ; à d'autres moments, elle restait un mois sans vomir.

Psychiquement : parfaitement normale.

Il y a 8 ans environ (à l'âge de 34 ans), elle commence à dire qu'elle était hynoptisée par des prêtres lui racontant des tas de choses. Ensuite survient une accalmie apparente, mais en réalité on découvre toute une correspondance très délirante, il y a 2 ans environ. Elle s'en prend au chat, prétendant que le chat est un esprit de Lucifer ; elle délire de plus en plus.

A partir du moment où les troubles psychiques apparurent, *les migraines se sont espacées*.

Cependant, elle en a encore une fois par mois environ.

Maintenant cette malade réalise un tableau caractéristique d'hébéphrénie délirante : délire, touffus, incohérent et symbolique, inactivité, indifférence, etc...

OBS. V.

(M^{me} GA ..., 29 ans).

Début, il y a 6 ans.

Changement de caractère. A ce moment la malade était chimiste au Laboratoire départemental de Rennes. On disait qu'elle était « neurasthénique ».

Elle se plaignait de perdre la mémoire, disait qu'elle ne retrouvait plus les mots pour faire une lettre. Elle parlait peu, paraissait renfermée. Irritabilité et actes impulsifs (brusquement, un jour, dans la rue, elle gifle sa sœur sans s'en apercevoir), ne mangeait presque plus.

Sur ces entrefaits, elle est nommée chimiste au Havre. Cela la contrariait énormément. Son travail ne lui plaisait pas au Havre ; elle ne causait plus, lisait toute la journée, restait dans sa chambre seule, sans manger ou en mangeant à peine. Cependant elle écrivait à sa mère des lettres qui paraissaient normales ; la dernière toutefois semblait bizarre.

A ce moment *elle se plaignait de violents maux de tête avec vomissements assez fréquents*.

Un jour enfin survint l'accident suivant : il y aurait eu le feu dans sa chambre, son couvre-pied et la couverture auraient été brûlés en partie. Elle éteignit cependant le feu, puis descendit, alla chez le commissaire où elle s'accusa d'avoir mis le feu chez elle. Elle parut étrange et on l'envoya à l'hôpital du Havre d'où elle fut dirigée sur une Maison de Santé de Rouen (il y a 5 ans).

Là, après une amélioration passagère, au bout de quelques jours, la malade présenta un mutisme absolu et en même temps une raideur généralisée qui persista pendant 3 ou 4 mois.

Elle était raide comme un bout de bois ; il fallait plusieurs heures pour lui passer ses vêtements ; la figure paraissait aussi raide « les yeux tournés » toujours à droite.

Reste 4 à 5 mois à Rouen, dans cet état sans amélioration.

Transférée à l'Asile de Rennes (docteur Sizaret) avait des tremblements. État général très précaire, présentait un amaigrissement extrême, ne parlait plus ; état squelettique. Reste 18 mois à Rennes. Était très hostile notamment aux médecins.

Conduite ensuite dans une communauté à la campagne, sa mère s'occupa beaucoup d'elle, lui parlait, la promenait. Son état s'améliora beaucoup à ce moment-là. *Au moment de ses règles, elle se plaignait de violentes douleurs derrière les oreilles, douleurs brusques « comme des éclairs ».*

Période d'embonpoint extrême.

Amélioration légère progressive dit la mère. Depuis un an, elle peut lire un peu, mais fatigue de l'attention. Calme, inerte. Verbigération depuis quelque temps.

Antécédents : Goître dont on s'est aperçu à l'âge de 16 ans.

Maladies d'enfants : rougeole, angines.

Intelligence très précoce, très sérieuse, très brillante, sortie première en chimie générale à la Faculté de Rennes.

Obs. VI

(M. REM..., 18 ans).

Vu avec le docteur Biancani.

Cette observation nous montre une longue période de céphalées, par des troubles de la vue. Là encore, dès l'apparition des troubles psychiques les douleurs cérébrales disparaissent.

A 14 ans, étant encore à Coblenz (son père était officier), *céphalées lourdes en casque, sans vomissements*. Cesse ses études pendant 3 ans ; correction de la vue par des verres améliorant la céphalée.

L'été dernier, il quitte Coblenz pour Cachan. Changement, tristesse, dépression. « Cachan lui déplait »... Tendance à s'isoler ; il restait seul des journées entières à rêvasser.

En novembre, il est placé dans une institution (pour études de travaux publics), il travaille mal, est distrait, puis plus du tout.

1. Observation publiée en partie par le Dr Baruk dans *Obsessions* », *Bulletin Médical* 3 oct. 1931 à titre d'un cas de démence précoce ayant débuté par des idées obsédantes au chapitre « obsessions et démence précoce ».

A peu près au même moment ou un peu avant : idées délirantes bizarres (prétendait qu'un médecin avait dû venir la nuit sans qu'on s'en soit aperçu, qu'on lui mettait des médicaments dans ses aliments parce qu'après déjeuner il avait des malaises, vertiges, etc...).

Dans l'ordre moral, idées délirantes analogues. Il pense que tous les gens qui sont passés sous la guillotine sont damnés ; il craint d'y passer lui aussi et craint pour son salut (dit tout cela en riant).

Illusions et interprétations vagues. Il lui semble que les gens parlent de lui sur son passage.

Hallucinations : Une fois un soir, brusquement, il sent un choc sur le front, voit Dieu sous la forme de 2 yeux à 50 cm. de lui, le regardant d'un « regard profond ». Dieu lui a parlé et depuis il est absorbé à retrouver les paroles de Dieu. Dieu lui a dit qu'il fallait craindre pour lui et pour son frère (qui est mort), pour leur salut, etc...

Sorte d'obsession des mouvements. Tous les mouvements ont un sens. Il se surveille car un mouvement peut avoir des conséquences incalculables : un mouvement du bras, de la main peut faire mourir des personnes.

Impossibilité de tout travail soutenu.

Ébauche de fugue (il avait préparé une fois tous ses paquets pour partir aux Colonies, disait-il...).

Ébauche de tentation de suicide (?) : maniait un revolver disant qu'il se suiciderait afin de ne pas être guillotiné (?).

Attitude : Aspect juvénile « jeune fille » regard très « enfant », sourires discordants, discordance manifeste avec ses paroles. « Je crains d'être guillotiné », dit-il en riant. Pudeur extrême (fait de grosses difficultés pour se dévêtir).

Onanisme probable. Réflexes tendineux : très vifs. Réflexes de posture : paraissant forts mais aspect volontaire.

Mémoire : notions scolaires conservées.

Rien à l'examen somatique. Développement génital normal. Acné très marquée.

Depuis, l'état de discordance, d'incohérence, s'est accentué. Stéréotypies.

On le met au service libre, mais son père croit devoir le faire sortir. Après deux ou trois tentatives de suicide,

on le retrouve pendu dans sa chambre. Les détails de cette observation ont été publiés par le docteur Baruk dans son opusculé « LES OBSESSIONS », *Bulletin Médical*.

OBS. VII.

M. Dup...

Vu par le docteur Baruk d'abord à la Salpêtrière, puis dans le service du professeur Claude.

Premier interrogatoire, le 26 octobre 1926.

« Je m'ennuie... Tout m'empêche d'être tranquille... Je souffre du milieu dans lequel je me trouve. Les gens qui m'entourent sont drôles. Je suis venu ici parce que je me trouve affaibli depuis une dizaine de mois... »

Le malade est bien orienté dans le temps et l'espace. Il dit correctement la date de sa naissance et son âge.

Guerre 1914, mois de mai ???

Fin ??? Armistice ???

Durée de la guerre : 8 ans !

« Je suis rentré à la Poste.. attendez, je ne suis pas très mémoires... A Faliet on m'a mis dans un chalet... bon... on m'a attrapé... bon... Il faudrait que je « pondère » les faits... Qu'est-ce que tu veux ? Qu'est-ce que vous voulez ?... ».

Deuxième interrogatoire le 28 octobre 1926.

Le début des accidents remonte à février 1924. Le malade attribue le début de ses troubles à une chute qu'il aurait faite sur la tête en faisant de la barre fixe alors qu'il était au régiment. Pas de perte de connaissance ; se lève, va à l'infirmerie, y reste seulement quelques heures, reprend son service le lendemain. Les jours suivants, il aurait présenté des troubles de la vue (il voyait brouillé) et un peu de céphalée. Ces troubles de la vue ont disparu rapidement.

Depuis lors, dit-il, il a toujours été fatigué. Il a pu cependant terminer son service militaire tant bien que mal. Rentré dans ses foyers, il doit rester au lit pendant 2 mois (fatigue extrême) puis essaye de reprendre son travail dans les postes (distribution des paquets) mais il s'ennuyait et était fatigué. Réflexes

vifs mais sans brusquerie. Pupilles normales. Sommet pulmonaire droit douteux. Expiration très soufflante.

Troisième examen le 17 décembre 1926.

Même état, aspect fatigué, aucune activité, ne désire rien. Sans doute, dit-il, il faudrait reprendre son travail, mais la vie de l'asile lui convient, il ne désire et n'entreprend rien. Pâle, fatigué.

27 décembre 1926.

Réflexes de posture extrêmement faibles à tous les segments. Réflexes tendineux rotuliens très vifs, déclenchement brusque pendulaire. Le balancement continue très longtemps avec quelques oscillations. Est-il d'origine psychique ? Balancement spontané en dehors de la recherche du réflexe.

Renseignements fournis par la soeur du malade.

Début il y a un an par des tremblements ; il se mettait tout d'un coup à trembler de tout le corps pendant une demi-heure. Il était militaire à ce moment. Six mois après sa démobilisation, il commença à paraître très troublé, triste « s'ennuyant de tout » ne « s'occupant à rien ». Il était déprimé, irritable, négligé dans sa tenue.

Il y a 2 mois, il se mettait tout d'un coup à rire sans motif. La nuit, tout d'un coup, il se mettait à pousser des cris, s'agitait, paraissait très effrayé, tout tremblant.

Sur ces entrefaits, il fut envoyé à l'hôpital.

Auparavant, il était bien portant. Convulsions en bas âge. Pas de grandes maladies en dehors de maladies d'enfants (rougeole), caractère doux, calme. A noter simplement qu'il paraissait très malheureux durant son séjour au régiment.

Le malade a :

Une sœur de 33 ans (bronchite, aurait eu de la tuberculose pulmonaire).

Une sœur, fatiguée, nerveuse.

Un frère, troubles pulmonaires, tuberculose pulmonaire à la radio.

Son père tousse, bronchite chronique.

Sa mère a eu des hémoptysies et en est morte.

Au début de la maladie (1925) céphalée très vive, souffrait continuellement de la tête, avait des epistaxis. Le médecin qui le soignait craignait une méningite.

A ce moment il terminait son service militaire.

Début à la suite d'une chute sur la tête en faisant de la barre fixe, perte de connaissance tout de suite après. Conduit à l'infirmerie, mais non reconnu malade.

Quelque temps après, sa famille remarque que ses lettres sont bizarres, incohérentes. Ses camarades le trouvaient également bizarre. Il a pu cependant terminer son service militaire.

C'est au retour de son service qu'il a présenté des maux de tête qui ont duré plusieurs mois. Conduit en 1925 à la consultation du docteur Vurpas (à la Salpêtrière), on lui fait une ponction lombaire. Réactions après la P.L. (vomissements) et troubles de la parole (bégaiement).

Le malade continue à souffrir de la tête. Hospitalisé à Lariboisière (on craignait une méningite) puis dans le service Toulousse (paraissait aller tout à fait mieux), reprend son travail (mais bientôt erreurs, oublis, distractions ; il oubliait les lettres à distribuer dans sa poche). Il était la risée de ses camarades ; disait qu'il allait passer chef ; il avait des frayeurs nocturnes (criait). On le conduit alors dans le service du docteur Crouzon, puis à Sainte-Anne dans le service du professeur Claude.

Examen du liquide céphalo rachidien :

Tension 0,24, couché ; 0,6 éléments par mc. ; albumine : 0,20. Pandy : négatif. B.W. : négatif. Réaction de Verne : négative dans le sang et le L.C.R.

En résumé, la maladie a débuté par des céphalées extrêmement sérieuses, peu après une chute sur la tête suivie de perte de connaissance. Au début, le tableau clinique est dominé par la céphalée. C'est pour cette céphalée que le malade est conduit dans divers hôpitaux (Lariboisière, Salpêtrière) où on craignait une réaction méningée.

Mais le liquide de céphalo rachidien est resté normal. A noter également que cette céphalée s'accompagnait de fatigue extrême et de tremblements survenant par crises.

Quelques mois après les céphalées s'atténuent et même après son séjour à Henri Rouselle le malade paraît aller de mieux en mieux. Il reprend son travail de facteur, ne se plaignant plus de rien.

C'est alors qu'apparaissent les troubles psychiques.

Erreurs ;

Oublis ;

Frayeurs nocturnes.

Puis, bientôt un état d'apathie, d'indifférence affective, d'incohérence, entrecoupé d'impulsions qui réalise le tableau typique de l'hébéphrénie comme le montre le certificat suivant d'entrée à Sainte-Anne, du docteur Crouzon, en date du 12 octobre 1926.

« Désintéressement complet du monde extérieur ;
« Indifférence affective totale vis-à-vis des siens ; inertie, reste des heures sans bouger, rires sans motifs, stéréotypies ; crises d'excitation par intervalles, casse des vitres ».

Pendant les années qui ont suivi, cet état s'est accentué de plus en plus et a réalisé le tableau de la démence précoce la plus caractérisée.

Depuis le début de ses troubles mentaux, le malade ne souffre plus. On note seulement des troubles vasculaires, teint terreux du visage.

OBS. VIII.

M^{lle} ZAC..., 28 ans.

Examen du 21 octobre 1930.

Céphalée depuis l'enfance (8-9 ans) très fréquemment ; tête lourde, sans vomissements. Cette céphalée s'est accentuée beaucoup à 11 ans, violents maux de tête, se calment après un séjour à la mer, mais reprennent et durent jusqu'à 15 ou 16 ans.

Sensation de tête fatiguée, d'idées brouillées.

Réglée à 13-14 ans, règles irrégulières.

Digestions difficiles.

C'est surtout depuis un an que se produisent les troubles psychiques : « J'ai l'impression que mon cerveau travaille tout le temps, comme par l'imagination ». Elle pense sans arrêt même quand elle sert au comptoir. C'est comme si « elle menait une double vie » (extérieure et intérieure).

Par moments même, ébauches d'hallucinations. Il lui semble entendre du dehors des gens qui parlent d'elle.

Ces phénomènes s'accroissent par la fatigue, le fait de rester enfermée dans le café, le bruit, les moindres contrariétés. Elle est devenue d'une sensibilité extrême aux moindres contrariétés ; cela lui fait un choc qu'elle n'extériorise pas. Irritabilité. Se sent mieux quand elle est dehors.

Par contre, depuis que ces phénomènes d'exacerbation de la pensée intérieure se sont constitués, les céphalées ont complètement disparu. Elle se sent la tête beaucoup mieux, beaucoup plus libre, plus nette, moins lourde. Elle se sent plus heureuse, moins inquiète.

Renseignements donnés par sa mère.

La mère trouve sa fille bizarre depuis un an. Tendance à s'isoler. Paraît toujours distraite. Une fois, l'a surprise à tenir des conversations avec le mur.

Bronchites fréquentes.

Broncho-pneumonie vers 2 ans.

Forte grippe en 1918.

Mauvais état général. A beaucoup maigri.

A l'examen :

Jeune fille, très grande et très mince ; peau très fine et pâle, presque transparente.

A présenté déjà à plusieurs reprises des périodes de fatigue qui ont posé le problème du début d'une tuberculose. Il y a quelques années le médecin avait fait ce diagnostic et l'avait condamnée à la chaise longue. Un examen complet clinique et radiologique fait à Lariboisière avait été toutefois complètement négatif au point de vue tuberculose.

Examen neurologique : négatif.

Rien à l'examen pulmonaire.

Pas d'adénopathies.

Aucun choc affectif décelable dans les antécédents.

Examen du 10 novembre 1930.

Au repos complet physique et moral chez une amie de la famille, Fondation Belœil, 57, rue Borghèse à Neuilly.

Séjour très agréable dans un milieu qui lui est très sympa-

thique ; libre, se promène, se repose, tout en se distrayant un peu. Va beaucoup mieux, dit qu'elle ne s'entendait pas avec sa mère, se contrariait. Présentation normale. Les troubles du cours de la pensée se sont atténués, dit-elle.

« Avant, c'était dans ma pensée, un vrai tohu-bohu. Les idées passaient si vite que quand on me posait une question, au moment de répondre j'avais déjà oublié ce que je voulais répondre ».

Cependant, dit M^{me} Ch....., elle est encore distraite, parle peu et est très fatigable.

Examen du 1^{er} août 1931.

Après l'amélioration ci-dessus indiquée, se met à travailler à Paris dans une confiserie. Là travail un peu impératif et tendu. Elle retombe fatiguée, puis on la remercie.

Elle va ensuite à Fémina ou elle se repose. Elle cherche de nouveau du travail, mais n'en trouve pas.

Elle fait une fugue puis revient chez ses parents. Très fatiguée. Elle avait des moments « d'absence » dit sa mère. La malade ne se rappelle pas ces moments d'absence. « Je ne sais pas ce qu'on veut me dire ». Etait très sombre, très pâle, énervée, irritable. Ne peut supporter son père « je ne peux supporter cet homme là qui boit et est bestial », dit-elle.

Récemment, sa mère lui parlant (pour parler) d'une de ses amies qui venait de se marier, elle entre tout d'un coup en colère et se met à délirer.

Sur ces entrefaites, elle est placée dans une maison de santé à Sceaux, puis entre à l'Hôpital Henri-Rousselle en novembre 1931.

Examen à son entrée à l'Hôpital Henri-Rousselle le 12 novembre 1931.

Très changée, aspect indifférent, calme, ne souffre plus de rien. Ce qui domine, ce sont des idées délirantes peu cohérentes.

Elle se sent bien, n'est plus fatiguée « je vais très bien ». Maintenant n'a plus aucun mal de tête.

— Rêvez-vous encore ?

— « Oui, j'ai beaucoup de goût pour les oiseaux, pour le ciel, je suis comme les juifs qui ont beaucoup de goût pour tout cela. Je trouve que dans le catholicisme c'est de la folie, c'est de l'imagination pure. J'ai fréquenté un jeune homme, il était orthodoxe, c'est comme le judaïsme, c'est la voix de la nature ; c'est une grande chose qu'on anime en ce momen-

d'étudier le catholicisme jusqu'où il pousse l'irraisonnement. D'ailleurs dans tous les cafés on cause de tout cela, c'est amené par la justice ; on étudie les dessous du catholicisme. Je veux bien spécifier que je ne fais pas partie de tous ces gens-là ».

Est ensuite envoyée à la Maison Nationale de Charenton. Aspect de plus en plus indifférent, apathique, tableau typique de la démence précoce classique. Ne souffre plus d'aucun trouble somatique.

Il est remarquable de noter, chez cette malade, l'évolution en plusieurs phases :

1^o *Une première phase* qui a duré plusieurs années à symptomatologie à peu près exclusivement somatique. Céphalées violentes. Amaigrissement. Troubles de l'état général. Pendant des années, la malade ne consulte que des praticiens de médecine générale. On a craint un début de tuberculose. Mise en observation à Lariboisière où des examens minutieux sont restés négatifs ;

2^o *Une deuxième phase*, où le docteur Baruk a été appelé à l'examiner. Les céphalées persistent un peu moins intenses, mais elles s'accompagnent de troubles du courant de la pensée. Mentisme, déroulement automatique des idées, et même ébauches d'hallucinations ; on pouvait donc déjà craindre à ce moment un début de schizophrénie.

Mais la mise au repos dans de bonnes conditions physiques et morales amène une amélioration notable ;

3^o *Une troisième phase*. — A la suite de fatigues et d'épisodes divers, les troubles s'accroissent et après un certain intervalle, on retrouve la malade présentant un état de psychose paranoïde et bientôt un état de D. P. confirmée.

A partir de ce moment les troubles physiques et les céphalées ont disparu de façon si complète que la malade n'en a même pas gardé le souvenir.

OBS. IX

(M. CHRIS..., 25 ans).

Céphalée et sommeil cataleptique subjectif.

« Celà m'a commencé brusquement pendant mon service militaire. J'agissais comme sous l'empire d'une influence ».

Manque de volonté. Serait sorti ainsi de l'hôpital sans le contrôle de sa volonté, pour aller revoir une personne qu'il fréquentait.

« Il semblait que ma volonté était forcée par quelqu'un (Peut-être par la personne qu'il fréquentait). J'avais aussi des idées de persécution religieuse ».

Impression d'avoir été comme endormi par une volonté supérieure. Impression d'engourdissement sur tout le corps. Grosse céphalée à ce moment-là, quelques vomissements. Anxiété.angoisses. Tout celà est venu brusquement.

En réalité, fatigué depuis une quinzaine de jours. Tout à coup, étant en tramway impression qu'on le poursuivait, qu'on voulait attenter à sa vie. Idées de peur. Très impressionnable. Plusieurs évanouissements . « On me l'a dit, mais pas de souvenirs ».

Soigné d'abord à l'hôpital du Belvédère à Tunis pendant 15 jours, Ses parents le ramenèrent ensuite à Paris, enfin il fut placé à Saint-Mandé. Soigné par le professeur LAIGNEL-LAVASTINE.

Encore de l'anxiété, de l'angoisse. Impression d'être endormi. Impression d'un sommeil léthargique ; d'un sommeil plus fort que le sommeil naturel, plus profond, où les idées et les rêves sont plus effacés. Impression d'une lutte contre la volonté. Sensation de vertiges. Évanouissements. A la suite de ces évanouissements impression d'être endormi.

Peu à peu tous ces phénomènes ont été en diminuant.

Impression d'une substitution de personnes. « Ma volonté était en lutte entre deux volontés ».

Il retourne ensuite chez ses parents. Va plutôt mieux. Se remet au travail. Puis reprise.

« J'avais à ce moment des interprétations de couleur. Le noir signifiait « mauvais présage ».

« Il me semblait que toutes les conversations se rapportaient à moi-même ».

Entré à Épinay, puis à la Maison Nationale de Santé (Charenton) où il est actuellement depuis le 23 février 1932.

Actuellement : Toujours l'impression d'être poursuivi par cette personne « qui veut me voir et qui a une influence sur les choses qui se passeront ».

Les troubles subjectifs du début ont tendance à disparaître.

Copie de certificats médicaux. — 1°. Troubles intellectuels caractérisés par des idées délirantes d'influence et de persécution basées sur des interprétations morbides, des communications de la pensée. Troubles marqués du caractère et de l'humeur, irritabilité avec colères violentes et réactions impulsives contre l'entourage et les objets mobiliers. Ces troubles mentaux évoluent avec des alternatives de calme et d'excitation depuis plusieurs mois. Probabilité de démence précoce à forme paranoïde. Épinay-sur-Seine, 15 février 1932. Signé docteur Tarin.

2°. Est atteint de syndrome schizophréniques avec asthénie, syndrome d'influence, perplexité, vagues idées délirantes. Signé : Baruk (24 février 1932).

OBS. X

(M^{me} BERT...)

Histoire de la maladie : Bien portante jusqu'à il y a trois ans. A ce moment, bronchites et rhumes successifs. Elle va consulter à l'Office d'Hygiène à Laennec : on constata une petite lésion pulmonaire cicatrisée à gauche (Dr. Baron) et à droite une lésion pulmonaire en évolution.

Envoyée au sanatorium de Saint-Leu-Taverny, elle fait une cure de repos étendue complètement pendant 7 mois. Elle sentait une dépression générale plutôt physique que mentale.

« A ce moment là, mon caractère était toujours stable ». Le

moral n'empiétait pas sur l'état physique. Très améliorée au bout de 7 mois, elle avait grossi de 10 à 12 kg. « fraîche comme une rose ».

Examinée à l'Office d'Hygiène, on trouve une amélioration marquée, on l'examine à la radio, on lui dit que ce n'est pas tout à fait fini.

Elle part à la campagne sur les conseils du médecin, elle se met femme de chambre. Là elle était très fatiguée, surmenée (ménage, service de table...) cependant elle se plaisait beaucoup et était enchantée.

Au bout de quelques mois fatigue générale, *battements de coeur, tremblements, ne tenait plus debout, mal dans le dos, saignements de nez, vomissements et céphalée forte.*

Les palpitations sont si intenses qu'on l'envoie alors à la Pitié consulter le professeur Vaquez, où on l'hospitalise.

Le docteur Baruk a pu se faire communiquer par les docteurs Durand et Mouquin l'observation prise dans le service de la Pitié, que nous reproduisons ci-dessous :

« La malade vient consulter car elle éprouve de la dyspnée « d'efforts ; celle-ci dure depuis l'âge de 20 ans, mais s'est « accentuée depuis 5 ou 6 mois, survient à son maximum au « moment des règles, dure longtemps (parfois 12 heures). Elle « est alors très pâle et se sent défaillir.

« Elle a commencé à éprouver de la dyspnée de decubitus « il y a environ 15 ans. En ce moment la malade en éprouve « plus fréquemment. Au début de la nuit elle est prise d'une « sensation de gêne précordiale avec étouffements et palpi- « tations, l'obligeant à s'asseoir. Ils durent une minute. Il « y a quelques années, épistaxis. Il y a 3 ans œdèmes malléo- « laires.

« Depuis 3 ou 4 ans : vertiges, bourdonnements d'oreilles, « jamais de rhumatisme articulaire aigu.

« La malade dit avoir eu la danse de Saint-Guy ».

« Réglée à l'âge de 11 ans, depuis, toujours bien réglée ; sal- « pingectomie il y a 8 ans ».

« T.A. 15 — 6 1/2 — Pouls à 130 puis à 112 du 2^e examen. « Léger œdème malléolaire gauche. La pointe bat vers le « 5^e espace. Souffle systolique entre la pointe et l'appendice « xyphoïde ».

« Dans le décubitus latéral gauche et après avoir fatigué « on perçoit un bruit de galop. Pas de déformation pupillaire, « pas d'Argyll. Bons réflexes rotuliens. B.W. négatif ».

Examen du 22 novembre 1928.

Sensation d'arrêt du cœur. B. W. négatif.

« On la met au régime sans sel et au régime lacto-végétarien ; purgations toutes les 3 semaines. On aurait trouvé une tension artérielle très élevée. 4 jours avant la purge on lui donnait 4 pilules de Strophantus ».

Elle se rappelle à la perfection tous les détails du traitement indiqué.

Très améliorée « la vie revenait en moi ».

Sortie de l'hôpital elle retravaille (dessin, broderie). De temps en temps quelques malaises ; « vivement alors je sautais sur le régime ». Mais au bout de quelques mois, de nouveau fatiguée (venant de Courbevoie oppression dans les trajets en métro) elle lâche la broderie pour se mettre dans les bureaux. C'est alors que débutent les troubles mentaux sous forme d'un syndrome d'influence qu'elle raconte de la façon suivante :

« Alors survint « la fameuse histoire » : « Me voici donc dans « les bureaux « assez intelligente » et je réussis haut la main. « Me voilà travaillant, réussissant bien et malheureusement « plaisant au chef de bureau. Alors la jalousie a commencé. « Elles ont commencé leurs histoires, leurs ragots. Elles ont « donné leurs appréciations sur ma personne disant « Elle « n'est pas mal mais elle ne vaut pas le coup qu'un homme « quitte sa femme, son foyer ». Elles disaient cela tout haut « dans le bureau : Regardez-moi ça elle a une tête d'hystérique. Je laissais faire ».

« Elles ont commencé à faire du scandale dans l'usine. « Tout le monde la montrait du doigt quand elle sortait.

« Dans les travaux, j'en avais partout, j'entendais partout ■ toutes ces réflexions ».

« Mon chef de bureau devient très ennuyé, déprimé. Cet « homme conçoit alors le projet de divorcer et de se marier « avec elle.

Sur ces entrefaits un employé, fonctionnaire de l'usine M. M....., commença la suggestion, l'hypnotise. « Au début j'éprouvais comme un agrément de mon cerveau, mon cerveau se dégageait, j'étais déagée de mes soucis un peu, je les supportais ». Les femmes autour d'elle disaient qu'il *allait l'hypnotiser*, que M. M....., était un très bon hypnotiseur.

Elle se sentait « prise », sentait « son corps chavirer », « mon cerveau essayait de réagir ».

M. M....., est monté 2 à 3 fois, il est venu vers elle, s'est mis de biais, et puis une figure horrible l'a fixée « j'ai eu un terrible battement de cœur » *a perdu connaissance*, « je suis partie ».

Les jours suivants fatigue dans les jambes, engourdissement dans les jambes. Elle continue encore son travail pendant 2 mois. Ensuite exaltation, surexcitation. On l'a remerciée de son travail.

« En novembre, j'ai eu deux crises de catalepsie à force de me travailler le cerveau. J'ai senti comme s'il m'arrivait de l'électricité, comme si on m'emboîtait le cerveau, et puis je suis tombée. La deuxième fois, je serais restée deux heures endormie ».

« Quand je suis arrivée ici, j'étais endormie, je marchais comme dans l'inconnu. Je voyais, je ne voyais pas, j'étais dans le train, je n'étais pas sûre que j'y étais. C'était comme une chose automatique chez moi ».

Elle a un souvenir des plus vague de ses visites à la Salpêtrière « je me rappelle pas bien, j'étais sous un état léthargique, j'étais endormie ».

« Je ne m'apercevais pas, je me sentais comme engourdie, je me sentais inerte. Mon cerveau était inerte, ça montait graduellement, ça me prenait le cerveau et je sentais que mon cerveau partait et alors au revoir, comme si j'avais été anesthésiée ».

— Aviez-vous mal à la tête ?

— « *Un drôle de mal de tête, comme si on avait le cerveau paralysé, une lourdeur. Encore par moments, mais pas comme avant. C'est ce qui me paralysait, c'est ce qui me rendait morte. J'ai encore quelque chose qui me gêne. J'ai toujours été engourdie depuis que je suis ici. J'aurais voulu remuer je ne pouvais pas.* »

— Etait-ce vos bras qui ne remuaient pas ?

— « *Non cela venait du cerveau, ça m'englobait. Cela venait de la poitrine, puis ça me prenait le cerveau. Cela me prenait tout entière par le cerveau.* »

— Pouviez-vous penser alors ?

— « *Pas beaucoup, à certains moments, mais pas beaucoup.* »

— Venait-il des idées ?

— « *De mauvaises idées, des idées de méchanceté, de vengeance. Alors à ce moment-là, au moment de l'exaltation, je cherchais le point de départ. Je me rendais compte que je coulais, que je m'en allais, que je parlais ; je n'étais qu'une pauvre* »

morte. J'étais vraiment malade, on ne joue pas la comédie à se détériorer. C'est terrible d'être prise pour une comédienne.

La malade entre ensuite dans le service du professeur CLAUDE. La suite de l'observation a été publiée par CLAUDE et BARUK dans l'article intitulé : « Tuberculose et démence précoce » du *Paris Médical*, décembre 1931. L'évolution ultérieure a consisté en crises cataleptiques très intenses avec raideur énorme, syndrome d'influence, etc..

En somme manifestations catatoniques prédominantes. Chez cette malade, l'épisode cardio-vasculaire a été très important et a fait suite à une tuberculose pulmonaire en voie de guérison. Les troubles circulatoires ont été tels qu'ils ont motivé l'hospitalisation dans le service du professeur Vaquez où on a donné des médicaments cardio-toniques.

C'est ensuite que les troubles mentaux ont fait leur apparition mais les troubles cardiaques n'ont jamais complètement disparu.

OBS. XI

(M. V....., 24 ans).

Examen du 10 novembre 1930.

Début : L'été dernier, le malade se plaint de *brûlures à l'estomac* ; diarrhée, vomissements. Les nerfs « *lui tirent* », *l'estomac durcit* ; après survient une sensation de piqure à la tête, tiraillement dans les membres supérieurs, impression que le cou gonfle. Parfois l'estomac se durcit et le cœur s'arrête.

Pendant ces crises, il doit se coucher car il voit flou. Cette crise dure de 3/4 d'heure à 2 heures et après, il ne se sent pas bien.

Il y a environ 5 semaines que ces crises ont une telle intensité, cela arrive tous les jours et même 2 fois par jour.

Cela arrive principalement la nuit. Il dort puis a la sensa-

tion que le coeur s'arrête, se réveille ; chaque battement de coeur provoque des lueurs dans les yeux.

Pas de céphalée.

A.P. — En 1924, étant au régiment, il aurait fait une tuberculose pulmonaire. Troubles généraux, se sentait très fatigué, maux de tête violents.

Il a été réformé pour :

Radiographie : les poumons auraient montré une tuberculose du sommet droit.

A été à la campagne à la suite de celà, il a grossi de 4 à 5 kg. au point qu'il « était boursoufflé ».

Depuis, il est très fatigué bien qu'il soit au repos.

Avant son entrée au régiment il était déjà délicat de santé. Même enfant, il se fatiguait vite.

Vers l'âge de 9 ans est apparu à la hanche un « coxavara ».

A. H. : une sœur b.p.
un père *idem*.

Dans ces temps derniers, étant à la campagne, il a été plusieurs fois dérangé à la suite du repas. Avait mangé du jambon à la suite de quoi : troubles gastriques, vomissements, etc...

Il soupçonne qu'on a mis certains ingrédients dans les aliments.

Dans son vin il avait l'impression qu'on avait mis « du narcotique mélangé à de la paralysie ». En effet, quand il avait bu ce vin, il se sentait somnolent, et ressentait des douleurs dans les reins.

« Celui qui prend le plus fort narcotique sera le Messie. Ce sont ses camarades qui lui disent ça. Il a demandé des explications au sujet du Messie, ses camarades ont répondu qu'il ne pouvaient pas lui dire. Ceux-ci ont aussi parlé d'automatique ». Il ne sait pas ce que celà signifie.

Il a peu de douleurs d'estomac. a parfois des douleurs dans les jambes. Ses camarades lui ont dit aussi qu'il aurait « la congestion ». Chaque fois qu'ils lui disent quelque chose, il ressent « le coup de la congestion ».

Ne ressent rien du côté du courant de la pensée.

Examen du 15 novembre 1930.

Il est d'abord entré chez le Dr. TOULOUSE. Secoué, dit-il il fut mis dans une cellule.

Il est réticent au sujet de ses idées délirantes. On lui rappelle ce qu'il a dit ; réponses vagues : « Je n'ose rien dire ».

Examen du 18 novembre 1930.

A cette date, il est pris le matin de la crise suivante : *il devient rouge, dans son lit, avec respiration rapide, soufflant; il dit « qu'il est angoissé, qu'il va mourir », son sang bouillonne.*

« C'est comme de l'électricité dans tout le corps, je ne peux plus ouvrir les yeux, ma bouche se ferme par force ». On note de petites secousses rythmées du bras gauche.

Le malade déclare aussi que « ça le serre à la poitrine ».

Pouls : 100.

Le malade est tout tremblant avec une polypnée très marquée.

Les paupières sont baissées ; il fait des ébauches d'ouverture des paupières mais ne peut les ouvrir ; quand on veut les lui ouvrir, il y a une sorte de défense.

On fait lever le malade ; il se tient sur ses jambes il ouvre un peu les yeux, il claque des dents.

Il déclare que « ça l'étouffait ».

Examen du 9 mars 1931.

Les troubles qu'il ressentait du côté de son cœur sont terminés, mais il se plaint de sa respiration, qui est comme bloquée. « Les poumons ne se gonflent pas suffisamment », dit-il.

Tension artérielle : 10 — 6 au Vaquez.

Sa mère le reprend chez elle ; mais son état mental s'aggrave de jour en jour. Il s'enferme dans une chambre et refuse absolument d'en sortir. Inertie, indifférence. Impulsions. Les manifestations d'angoisse respiratoire ont disparu.

Il est revenu une fois à la consultation de Sainte Anne : Indifférent, incohérent, depuis nous l'avons perdu de vue, mais il s'agit d'une démence précoce des plus manifestes.

OBS. XII

(Mlle Lhuis...., 32 ans).

Vue pour la première fois le dimanche 18 octobre 1931.

Les troubles auraient débuté assez brusquement il y a 8 jours.

Lundi dernier : Sensation pénible de battements de coeur et d'angoisse. S'en plaint vivement. Cette sensation empêche tout sommeil la nuit. Battements violents. Un médecin craint une affection cardiaque et la traite depuis quelques jours par un toni-cardiaque.

Mardi : Même état, fatigue, insomnie et sueurs.

Mercredi : Troubles psychiques, sensation « qu'elle n'est plus maîtresse de ses idées », « qu'elle va devenir folle », « qu'elle n'a plus sa raison ».

Jeudi : Impression d'imminence de la mort, demande le prêtre pour se confesser. On la conduit alors à Paris dans sa famille (car elle travaillait dans une ferme dans la Mayenne) Fait le voyage avec sa soeur.

Instable. Voulant changer continuellement de compartiment. Arrive chez ses parents : là agitée, gesticulations, cris ; se met à un moment donné à bercer dans ses bras une poupée qu'elle venait de déshabiller ; sort en chemise dans le jardin.

Au comble de l'agitation, Mme Lhuis..., ne sachant plus que faire lui donne une forte gifle. La malade alors s'arrête et dit « Ah ! que celà m'a fait du bien. Merci, donnez-m'en encore une ».

On lui en donne encore deux autres fortes. Arrêt complet de l'agitation depuis lors. Meilleure nuit.

Au moment de l'examen, dimanche, la malade est plus calme. Elle explique son histoire. Sensation d'énervement. Elle dit qu'elle ne contrôle pas ses idées, etc...

Parle d'un jeune homme qui fréquentait sa maison et « qui peut-être l'a ensorcelée ». Elle ne sait pas.

Pas d'autres antécédents personnels.

Il y aurait des antécédents chargés au point de vue mental.

En décembre choc affectif (rupture de mariage). Placée à Suresnes : Anxiété croissante, aspect concentrée. Idées délirantes mystiques et de persécution. Peu à peu l'anxiété tombe. Actuellement (avril 1932) aspect typique de D.P. Regard vague inexpressif, indifférence totale, grimaces, mouvements stéréotypés. Rires discordants, inactivité totale. Reste toute la journée sur une chaise sans bouger. Par intervalles refus d'alimentation.

OBS.XIII

(Mme Mor...)

Asile de Clermont de l'Oise.

Ici la D.P. a évolué sur un terrain neuro-végétatif et viscéral d'origine ancienne. Longue période de palpitations, de

troubles cardiaques et intestinaux. Angoisses. Syndrôme Basedowien probable mais sans augmentation du volume de la thyroïde (exophtalmie) tremblement, tachycardie; syphilis probable. A donné naissance à une enfant basedowienne.

3 ou 4 jours avant les règles grands battements de cœur la nuit et aussi le jour. Elle était obligée quelquefois de quitter son travail tellement les battements de cœur étaient forts avec sensation d'oppression, d'étouffement.

Elle avait consulté le docteur CHAVANY qui l'a fait entrer dans le service du docteur CROUZON, à la Salpêtrière, en mai 1929

Fatigue extrême : elle en était arrivée à ne plus pouvoir écrire une lettre. Début fin 1928. Au mois de janvier après ses règles très abondantes, sensation de fatigue extrême, avec battements de cœur (augmentation progressive). C'était une fatigue venant du cœur « mon cœur battait si fort que j'étais obligée tout le temps de me coucher ». Cela allait un peu mieux au repos. On a parlé à ce moment de fausse angine de poitrine.

En réalité elle souffre du cœur depuis l'âge de 7 ans. Début brusque à cet âge une fois par des battements violents au réveil, sensation d'étouffer, elle appelle sa mère « maman, je vais mourir » depuis lors, a eu des crises de palpitations analogues tous les 3 mois, quelquefois 6 mois, un an.

Rapport manifeste avec la fatigue et avec les règles. Augmentation à ce moment.

Depuis l'âge de 23 ans, crises d'entérite muco-membraneuse (membranes dans les selles, pesanteur, parfois selles avec sang). Ne va jamais bien de l'intestin (ou constipation ou diarrhée).

Pas d'autres maladies. Cependant on lui aurait fait une prise de sang à la Pitié (soignée à ce moment par le docteur RENÉ GIROUX). Le B.W. aurait été positif.

On n'avait pas remarqué de syphilis, pas de fausses couches. Traitée alors par l'arsenobenzol, amélioration pendant le traitement, des palpitations et des divers troubles. Mariée le 22 avril 1916 : Une petite fille atteinte de maladie de Basedow (soignée par le professeur NOBÉCOURT, métabolisme basal par le docteur JANET).

Réglée à 13 ans, règles régulières.

Histoire des troubles mentaux :

D'abord maison de santé, puis Salpêtrière dans le service CROUZON en mai 1929 transportée d'un autre Hôpital (ne

sait pas dire lequel ; dit « en plein cœur de Paris ». Probablement Sainte Anne. Elle était probablement agitée à ce moment souvenir vague de cette période sans (doute accès confusionnel), puis enfin à Maison-Blanche, avec le certificat suivant :

Délire polymorphe à prédominance hypochondriaque discordance, impulsivité, bouffées confusionnelles antérieures probabilité d'évolution démentielle. Excitations impulsives par intervalles. Epuisement physique et psychique, consécutifs à un surmenage physique et moral. (Dissentiments avec son frère, mariage avec un blessé du poumon, soucis pécuniaires, surmenage professionnel. Période d'inactivité et d'inertie.

4 juin 1930.

Transférée à Clermont le 13 juin 1930. Certificat du docteur CHÈZE : dépression psychique, idées délirantes, délire d'influence et préoccupations hypochondriaques, indifférente, inactivité, passivité, soliloques à voix basse, rires sans motif apparent, voix basse, élocution monotone, propos vagues et puérils, crainte de D.P. (Dr. CHÈZE).

La malade travaillait dans une usine, elle fabriquait des étiquettes médicales, elle a travaillé jusqu'en décembre 1928.

Examen du 7 avril 1931.

Aujourd'hui, elle cause parfaitement, présentation normale, explique son histoire très bien, intérêt affectif normal. Toutefois palpitations, troubles digestifs, état saburral.

Examen physique :

Tachycardie : 150 par minute.

Tremblement : fin, généralisé, léger.

Yeux saillants (elle dit que ses yeux sont plus saillants au moment des palpitations).

Examen neurologique : négatif.

Renseignements donnés par Mme Roche surveillante :

Par intervalles, elle est prise subitement certains jours, elle change complètement, elle est exaltée, sujette à des impulsions violentes. Elle a frappé une fois une infirmière en disant qu'elle était la maîtresse de son mari. Elle a l'air à ce moment hallucinée ; elle rit aux éclats, parle seule, écoute. Durée : une à deux journées. Ensuite elle est bien. Idées délirantes dans ses périodes d'excitation. Grands changements d'un moment à l'autre. Le matin elle est déprimée, l'après-midi elle parle beaucoup. A certains moments elle ne dit pas un mot.

Dans cette observation, on constate l'existence d'une période très longue de palpitations, de tachycardie et de troubles cardiaques remontant à l'enfance et s'étant accentués dans les prodromes de la psychose.

Le cas de cette malade est assez complexe quant à l'étiologie en raison de la possibilité d'un syndrome Basedowien vrai (on ne peut cependant l'affirmer en l'absence d'un métabolisme basal et en raison d'une étiologie spécifique vraisemblable.

OBS. XIV

(M. Aute..., 27 ans).

Examen du 4 février 1932.

Début vers l'âge de 12 ans, transpirations profuses, courbature, colères brusques, moments de dépression brusque, sans motifs, irrégularité de l'humeur.

Dans une colère il menace même sa mère avec un couteau, s'arrête net, puis se met à pleurer.

Tous ces troubles évoluent par périodes : les périodes évoluent un peu suivant les saisons ; périodes de dépression les plus marquées pendant les chaleurs de l'été et au printemps, mieux l'hiver et pendant les mauvaises périodes. Outre les troubles mentaux, *transpire et maigrit*.

Dans les bonnes périodes engraisse.

Antécédents :

Naissance à terme.

Ophtalmie des nouveau-nés, broncho-pneumonie.

Marché à deux ans.

Toujours délicat.

A 7 ans un peu mieux, puis à 12 ans début de la maladie. Il se porte mieux à la campagne, dès qu'il revient à Paris il retombe aussitôt.

Troubles intestinaux (diarrhée ou constipation) dyspepsie.

Difficulté avec ses parents, serait sorti brusquement un soir de chez lui, arrêté dans la rue, conduit au poste de police puis à Saint-Maurice.

Malade depuis longtemps « j'en ai vu des médecins, j'ai pas pu en trouver pour me soigner, ça m'a dégouté », *avait consulté pour des vomissements avant les repas* et puis « je m'énervais ». Très irritable, ne pouvait rien supporter, « *ça provenait de mon estomac* ». « je suis très nerveux, très vif ».

Aurait eu 3 pônctions lombaires : 2 à Saint-Louis, puis à Vaugirard, où il a *consulté pour son estomac*.

A l'école jusqu'à 15 ans. N'a pas eu son certificat. « Je n'ai pas eu mon certificat, on ne me l'a pas donné, on le donnait aux plus idiots ».

A essayé de rentrer à l'Ecole Boule, mais n'a pas pu « s'est placé dans les usines ».

Il répond assez bien, mais quelques petits arrêts, légers tics de l'oeil droit.

Au fur et à mesure de l'examen éprouve de la fatigue, distraction, troubles de l'attention.

Certificat de placement : M. Aut..., présente alternativement des périodes de gaieté et de tristesse sans motif de même qu'il traverse des périodes de dépression et d'excitation, avec idées de suicide, de fugues. Le 21 novembre 1930 a été interné à Perray et à Sainte-Anne. La nuit dernière a été trouvé errant, tombé de fatigue à Sucy-en-Brie, après avoir parcouru une vingtaine de kilomètres, départ qu'il attribue à une discussion avec sa mère qu'il n'avait pas vue. Pour ces motifs.....

Saint-Maurice : Signé docteur PÉCHAUD. 20 janvier 1932. Entre à la Maison Nationale de Charenton.

4 janvier 1932. *Certificat immédiat*. Etat dépressif atypique avec lenteur psychique, distractions, variabilité de l'humeur, troubles végétatifs, troubles dyspeptiques, quelques stéréotypies de la mimique.

Signé : BARUK.

OBS XV

(M. Sal..., 40 ans).

La maladie débute par des troubles somatiques vers 1925. D'abord des préoccupations considérées comme hypocondriaques. Craignait d'avoir toutes les maladies. On le prenait pour un malade imaginaire, il ne pensait qu'à lui, se voyait malade, se voyait mourir.

Mais il souffrait surtout de l'estomac, et s'en préoccupait particulièrement ; il craignait d'avoir un cancer.

Se plaignait de partout, consultait des médecins en quantité. Auprès de tous il passait pour un hypochondriaque.

A ce moment là on riait de lui car il n'avait pas à proprement parlé de troubles mentaux. Cependant il pleurait comme un enfant en disant qu'il avait un cancer.

Sautes d'humeur. S'irritait pour des riens.

Début des troubles mentaux proprement dits en 1927.

Vers mai 1927 se sentait de plus en plus mal. A voulu partir à la campagne. Il s'achète une machine à tricoter et se met dans la tête qu'il a été volé. Il fait, selon son expression, « un barouf épouvantable » chez le marchand, colère effroyable qui déjà attire sur lui l'attention.

C'est alors qu'il va consulter le docteur LAIGNEL-LAVASTINE qui prescrit le repos. Peu à peu apparaissent des idées délirantes d'empoisonnement, etc... Depuis le début des troubles mentaux *il maigrit continuellement.*

Antécédents :

Avant 1925 très bien portant, très actif ; n'avait aucune préoccupation hypochondriaque. Pas d'autres antécédents qu'une broncho-pneumonie au service militaire. Une sœur a été internée à Charenton et actuellement guérie.

Evolution. — Le malade fut d'abord interné à la Maison de Santé de Neuilly-Sur-Marne. où il fut soigné par le docteur PETIT. Peu à peu se développent les signes d'une démence précoce de plus en plus évidente. Hallucinations puis désagrégation psychique. Transféré à Charenton, la désagrégation s'accroît de plus en plus, le malade se présente maintenant comme un dément paranoïde avec incohérence, langage symbolique. Ne se plaint plus du tout de l'estomac comme le raconte la conversation suivante :

Interrogatoire pratiqué le 11 février 1932 par le docteur BARUK, qui lui demande des détails sur son état en 1925.

« Je me souviens, en effet, je consultais des médecins les jours où je ne me sentais pas bien ».

— Et maintenant, éprouvez-vous toujours les mêmes malaises ?

— « Ça n'est pas comparable ; ça m'avait déjà passé de l'idée mais j'avais des craintes ».

Il ne pense plus du tout qu'il a un cancer.

— Etes-vous malade en ce moment ?

Longue période de réflexion avant de répondre :

— « Mon état est celui d'un homme fini ».

— C'est-à-dire ?

— « Un homme qui ne peut plus travailler est un homme fini ».

— Vous ne pouvez plus travailler ?

— « Il me semble, je me sens fatigué et ma vie n'est pas une vie normale ».

— Vous sentez-vous malade ?

— « Les forces que l'on veut me donner sont factices. Mais à un point de vue évidemment je souffre ».

— Où ?

— « Vous savez parfois on peut dire que je souffre des questions qu'on m'adresse ».

Semble ne pas avoir de souvenirs affectifs.

« Ma santé est celle d'un homme qui était malade en 1925. Il faut que je cherche dans le passé de ma vie. Une date ne peut pas me revenir immédiatement ».

— A ce moment là vous sentiez-vous malade ?

— « Non - si - comme tout soldat qui revenait du front, à cause de la guerre des gaz ».

— Actuellement votre santé vous inquiète-t-elle ?

— « Ma santé m'intéresse peu du fait qu'on veut me faire vivre une vie peu intéressante pour un homme ».

— Si on vous donnait du travail ?

— « Ça dépend du travail ».

— Etes-vous malade en ce moment ?

— « Oui j'étais malade, je ne me souviens plus ».

— Et en ce moment ?

— « Je ne me sens pas trop malade. Ce n'est pas comparable à autrefois ».

— Souffrez-vous de l'estomac maintenant ?

Réfléchissant assez longuement : « Celà dépend des moments. Il y a des moments où vraiment je souffre ».

Interrogé quelques jours après sur l'état de ses fonctions digestives, il dit : « Tout va très bien, je n'ai plus maintenant d'estomac ».

OBS. XVI

(Mme Anto..., 31 ans).

Examen pratiqué en février 1932 par le docteur Baruk :

Début à 22 ans par des troubles gastriques : d'abord sensation de serrement à la gorge, ou plutôt d'une sensation comme « si c'était bouché après manger, là » (montre sa gorge). Cette sensation a duré environ 3 mois. Au même moment avait parfois quelques nausées après le repas.

Au bout de 3 mois la sensation de bouchon disparaît, mais la gêne se porte à l'estomac, un peu plus bas ; sensation de poids, de gêne, de lourdeur.

En même temps : sensation continue de fatigue (jambes, corps...), continuait cependant son travail à la campagne.

Soigné pour ces troubles digestifs par le docteur DREVER.

Cet état persiste, avec des hauts et des bas, jusqu'à il y a un an. Elle se marie il y a 7 ans (à l'âge de 25 ans) pas de grossesse. Malgré les troubles qu'elle éprouvait, elle était floride, grasse, avec en apparence bon état général.

Il y a 2 ans, elle commence de maigrir un peu.

Mais c'est surtout à partir d'il y a un an qu'apparaissent :

1°) Une sensation de froid (rien ne la réchauffait. Parfois elle se mettait 4 vêtements superposés) ;

2°) L'amaigrissement qui s'accroît beaucoup (de 63 kg à 56 kg. depuis un peu plus d'un an). En même temps que ces troubles, la digestion s'améliorait ;

3°) Sensation de faiblesse dans la tête, de vertige ;

4°) En même temps, phénomènes psychiques.

Apparition d'idées dans la tête de se faire bonne sœur « je me disais, si je n'étais pas mariée, je me ferais bonne sœur ». En réalité, c'étaient des idées « qui me venaient, on ne sait comment, c'était très bizarre, je ne savais pas pourquoi des idées comme cela me venaient ».

Ensuite, peu à peu, crainte que les curés lui fassent du mal (réaction contre les idées précédentes). Crainte qu'elle soit suggestionnée, hypnotisée, avait un peu l'impression d'être hypnotisée. Sensation bizarres sur la tête « comme des tiraillements, des animaux dans la tête ». Impression que quelqu'un voulait lui faire du mal.

Impression que les curés lui causent, mais elle ne les voit

pas ; sensation bizarre comme dans la pensée ; comme si c'était elle qui causait sans causer, comme si quelqu'un « venait là pour vous embrasser ».

Elle a peur qu'on lui fasse quelque chose qu'elle ne veut pas.

Enfin troubles vasomoteurs (brusques chaleurs après manger)

En outre, au début, très inquiète, surtout l'été dernier. Actuellement : beaucoup plus calme, souriante, propre, euphorique, discordante.

Antécédents : 2 pneumonies à 17 et à 21 ans. De temps en temps bronchites. Est bien réglée.

Examen neurologique.

Les pupilles réagissent. Réflexes tendineux rotuliens très vifs, pas de tremblement des mains mais par moment tremblement des jambes, ou plutôt sensation de tremblement des jambes.

Examen pulmonaire : Banal. Pas de foyers bacillaires, mais sclérose broncho-vasculaire. Hiles très chargés, grosse arborisations.

Téléradiographie. Calcifications hilaires gauches. Luminescence satisfaisante des sommets, pas d'image atypique du parenchyme. Tractus bilatéraux de sclérose bronchique.

Métabolisme basal : Laboratoire Guillaumin, 42,9 (+ 17 % sur la valeur normale qui est de 36, 5).

Examen du sang : Séro réaction B.W. : positif.

Examen du 11 mars 1932.

Se sent fatiguée. C'est vers août-septembre derniers qu'ont commencé à apparaître des idées qu'elle était « travaillée » l'impression qu'elle ne « pouvait pas faire ce qu'elle voulait » par moments cette impression s'accompagnait d'une véritable sensation de peur. Une fois, le soir, cette sensation survint violente, s'accompagnant de peur et de tremblement. « Mais, dit-elle, je n'oserais dire cela à personne ».

« Maintenant, je sais bien que c'est parce que je suis malade. Mais par moments, ça me revient ces idées-là ».

En résumé, ce qu'il y a de plus remarquable chez cette malade, c'est la longue période prodromique à type gastrique qui a duré plus de huit ans. Durant cette période, la malade ne se plaignait que de sensations dyspep-

tiques et de « gorge bouchée ». Cet état a motivé de nombreux examens de radiologistes et de spécialistes du tube digestif ; ces examens sont toujours restés négatifs. Ce n'est que beaucoup plus tard que sont apparus des troubles végétatifs plus nets ; des troubles du métabolisme général. Amaigrissement, en même temps que les troubles digestifs s'améliorent, et enfin ce n'est que tout dernièrement que les phénomènes du dissociation psychique se sont manifestés.

OBS. XVII

(M. Der..., 31 ans).

Envoyé par le docteur DOUADY qui écrit au docteur BARUK une lettre ainsi conçue :

Je te serais reconnaissant de bien vouloir examiner M. Der..., que j'ai vu au dispensaire Léon-Bourgeois où il était envoyé pas un gastrologue qui le recevait lui-même des mains d'un autre médecin. L'examen du tube digestif a été négatif. Celui des voies respiratoires ne montre aucune lésion pulmonaire. Un examen des crachats et une homogénéisation sont négatifs. Ce malade *se présente surtout comme un petit anxieux*.

Premier examen pratiqué en 1930 par le docteur Baruk :

Il y a 5 ans : angoisses abdominales et de la région génitale. On parle de grippe intestinale, pesanteur, sensations angoissantes, constipation très accentuée, coliques.

Il y a 3 ans : angoisses précordiales avec sensation d'arrêt du cœur. Extrémités froides, puis crises très douloureuses et brèves d'angoisse la nuit (quelques secondes). Cet état aurait débuté il y a 5 ans à la suite de contrariétés. (Mariage, opposition de sa belle mère, maladie de sa femme...). Cela empire au moment du décès de son père. Amaigrissement. 2 crachats sanglants (?). Les examens du tube digestif se sont montrés négatifs. L'examen complet a été repris à Laennec. Radio, examen des crachats après homogénéisation : négatifs.

Examen neurologique : négatif.

Examen viscéral : négatif.

Mauvais état général.

En même temps que les troubles abdominaux étaient apparus des troubles visuels : sensations de tension des globes oculaires, baisse de la vue par moments.

Le 21 avril 1931, on l'envoie consulter Mme WEISMAN-NETTER, qui envoie la note suivante : J'ai examiné M. Der..., au point de vue oculaire. Il est atteint de chorio-retinite bilatérale, vraisemblablement d'origine syphilitique. Il présente de plus de l'inégalité pupillaire avec conservation de réflexes photomoteurs. Avant de continuer son traitement, il a reçu 12 injections de cyanure depuis la fin mars (B.W. négatif). Je serais heureuse d'avoir votre avis au sujet de son état général.

Depuis lors les troubles oculaires ont cessé de préoccuper le malade en raison des autres troubles.

Les troubles abdominaux reprennent le dessus. Le malade éprouvait des battements comme des « palpitations dans le ventre » avec frissons, puis des douleurs vives partout à l'estomac. Impression de serrage dans les membres, sensations de froid. Parfois impression de mort imminente, que la vie s'arrêtait, que le cœur n'allait plus battre.

Depuis, le malade a été revu régulièrement par le docteur BARUK. Le 17 novembre 1931. Il va consulter à nouveau, Mme WEISMANN-NETTER qui déclare que les lésions de chorio-retinite n'ont pas augmenté.

Pour la première fois apparition de troubles mentaux caractérisés :

« Je ne suis pas bien depuis environ 1 mois. Je lutte terriblement contre une volonté qui a prise sur moi ». A l'impression que « sa volonté est prise », qu'il n'est pas maître de lui, qu'il ne peut décider ni se tenir à une décision.

« C'est comme si quelqu'un était en moi et me faisait agir ça vient d'ailleurs surtout par crises cette impression ».

Impression que les gens lui veulent du mal.

— Est-ce vrai ?

— « Je le crains par tout ce que je pense. J'en suis venu à penser que je mange de la chair humaine ».

« Par moments, j'arrive à le croire, à d'autres moments ça me semble absurde.... c'est affolant en mangeant, cette idée là me vient, c'est formidable ».

Avec cela crainte de mourir... de l'enfer de l'amour, des idées bizarres... « ce sont des physionomies qui passent

dans mon esprit, des physionomies féminines qui passent sur le mur ce sont comme des portraits.. ».

La nuit parfois le malade se lève, effrayé, ayant l'impression que quelqu'un va rentrer, ou ayant l'impression qu'une auto est sous les fenêtres, qu'un être imaginaire allait entrer.

Interprète toutes les paroles de ses chefs, de ses camarades : dans chaque parole il arrive à voir une menace avec cette crainte qu'on lui en veut.

— Vous en veut-on réellement ?

— « Non, je n'ai pas l'impression ».

— Alors c'est parce que vous êtes malade ?

— « Mais oui, c'est la maladie qui me rend comme cela. Je suis devenu très inquiet. Je ne connais pas de gens qui puissent m'en vouloir... j'ai un désordre épouvantable dans la tête ».

Examen physique.

Yeux : mauvais état de défense des pupilles, mais réaction à la lumière. Tousse et crache depuis 2 mois, sommet droit douteux ? Céphalée depuis 2 ou 3 mois.

Une syncope ce matin.

A plutôt cependant engraisé (1 kg. en un an).

Aspect : absent, absorbé.

En résumé, la maladie a évolué en deux phases :

1^{re} phase. — Le malade est considéré comme *un simple asthémique et anxieux banal*. Assujetti à un repos prolongé à la campagne, il est amélioré. Puis il revient consulter avec un examen de M^{me} Weissman-Netter : chorio-rétinite.

On essaye de pratiquer une ponction lombaire que le malade refuse. Néanmoins on le soumet au traitement spécifique Quinby-Cyanure.

Revu régulièrement ; le docteur Baruk remarque, il y a quelques mois qu'il est un peu bizarre : sourires, sous-entendus. On insiste à nouveau pour pratiquer une ponction lombaire, nouveau refus.

2^e phase. — Le 18 mars il revient consulter avec les

troubles mentaux que nous avons rapportés, à la suite desquels nous avons interrogé son frère, qui nous apprend que le lendemain, c'est-à-dire le 19 mars, le malade était en proie à une excitation et une anxiété démesurées. *Excitation génitale formidable* pendant toute la journée et toute la nuit. Commencent des idées délirantes de ruine et de mort. « Il allait être tué et son corps devait servir à faire de expériences. Des voisins lui avaient dit qu'on faisait ainsi des expériences à l'Hôpital. Il fallait qu'il se tue, lui et sa femme ».

Par suite d'un phénomène psychologique extrêmement curieux, sa femme est contagionnée par le délire. Elle parle aussi de se tuer, exprime différentes idées délirantes, devient anxieuse. Le frère amène alors le malade à l'hôpital Henri Rousselle où on procède à son internement.

OBS, XVIII

(M. Raymond Der..., 33 ans employé de banque).

Certificat d'entrée le 24 mars 1932 :

Venant du service de P.M. est atteint d'un état anxieux. Idées interprétatives de persécution depuis plusieurs semaines: se croit surveillé dans la rue, victime d'un complot, a surpris des propos caractéristiques « on te mettra sur les 2 épaules ». Signaux lumineux le soir, odeurs suspectes (phosphore, soufre) aliments empoisonnés. On lui fait croire que pour sauver sa vie, il doit devenir un pédéraste. S'accuse d'avoir fait le malheur de tous les siens. Il a une folie de l'imagination, a confondu le bien et le mal, est un misérable. Idées actives et tentatives de suicide. Thème érotomaniaque ébauché, serait désiré par une femme riche qui peut-être serait la cause de tout cela. Réclame cette femme avant de mourir. État sabur-

ral, réflexes vifs. Opposition de la famille à la ponction lombaire.

L'état mental de Mr. Der..., rend nécessaire son placement dans un asile d'aliénés.

Signé : docteur COURTOIS.

Certificat immédiat le 25 mars 1932.

Présente un état mélancolique avec idées confuses de persécution, réponses rares et parfois sur un ton déclamatoire, larmes, tendances au suicide, refus d'aliments et insomnie. Réflexes rotuliens vifs.

Signé : docteur SIMON.

Certificat de quinzaine le 7 avril 1932 :

Idees délirantes polymorphes : thèmes de persécutions, mélancoliques, érotomaniaques. Réduction actuelle assez bonne.

Impressions d'étrangeté interne et externe, ébauche de sentiments d'influence, sensation anesthésiques indicibles. Anxiété par intervalles. Assez mal adapté, barrages, ton affectif, souvent discordant. Réaction suicide, refus d'aliments faiblement motivés.

Possibilité d'évolution schizophrénique. A maintenir :

Signé : docteur LEQUILLANT.

Transféré ensuite à la Maison Nationale de Charenton.

OBS. XIX

(M. Plan..., Le Mans).

Observation prise le 12 avril 1932 à Charenton. Le malade nous raconte lui-même la genèse de ses troubles.

Dans mon jeune âge, j'ai cru que je m'étais décroché le cœur. Commotion cérébrale à la suite d'une chute sur un lit (14 ans). Ça m'a duré 6 ans environ. J'ai été obligé de me reposer presque pendant tout ce temps. J'ai pris des douches. J'étais angoissé, j'avais peur, je me suis calmé vers les 20 ans. A cet âge j'ai eu un scotome central pour le vert. Ça m'a duré passagèrement.

— Et après ?

— J'ai vu des sœurs de charité, j'ai rencontré un brave

homme, j'ai vu un aveugle, j'ai eu peur d'être aveugle. Ensuite je suis parti au régiment à 21 ans (1909), 51^e à Beauvais. J'étais très bien au début. Ensuite je suis tombé malade. *Extrême pâleur*, et alors il m'est venu « l'apparition de la charité ». La charité me disait : Le peuple demandera la résurrection.

— Comment se présentait-elle ?

— Comme une femme. Immaculée conception, avec un bonnet blanc. J'ai vu la sœur de charité à l'Hôpital de Beauvais. (Il semble bien que ce sont les sœurs qu'il a vues et qu'il a idéalisées).

Il reste un an à l'hôpital.

— Qu'aviez-vous comme maladie ?

— Troubles de la vue et surdité.

— Et après ?

— Je suis sorti en convalescence dans ma famille (1910) j'ai travaillé au gaz à Paris. Marié à 24 ans, je respirais le gaz et la naphthaline. J'étais heureux en ménage. J'aimais bien mon épouse et mon fils (ces paroles reviennent plusieurs fois dans le dialogue).

La guerre de 1914 arriva. Il ne part pas parce que réformé temporaire.

1920. Part à Bordeaux dans l'aviation (camp de Captieux aurait été intoxiqué, dit-il au camps par des gaz. « On a tiré un coup de fusil sur moi. Je suis parti sur la voie ferrée, j'ai couru toute la nuit parce qu'on m'avait intoxiqué dans ma chambre. Je suis arrivé à Mont-de-Marsan où la gendarmerie m'a dirigé sur l'hôpital. J'ai retrouvé les sœurs de charité. Je les aimais bien. J'ai fait une recommandation à mon fils de bien aimer les sœurs de charité libertaires, parce qu'elles tiennent de l'argent russe. Elles m'ont dirigé sur Château-Picon. Soigné par le docteur ANGLADE. Environ 6 mois. Pas trop malade. J'avais un rétablissement visuel. Je reposais « dans la calmité ». Les sœurs de charité m'ont soigné à Château-Picon.

Je suis retourné dans ma famille où j'ai été intoxiqué par les gens qui passaient près de moi.

— Intoxiqué par quoi ?

— Par les gens qui passaient près de moi

— Comment ?

— J'attribuais cela aux aigreurs de la vie.

— Comment les gens pouvaient-ils vous intoxiquer ?

— Je ne sais pas mais je sentais des odeurs.

— Que s'est-il passé ensuite ?

— J'ai été dirigé sur le centre de la Folie (camp d'aviation)
J'ai encore été intoxiqué.

— Comment ?

— Par les odeurs de gaz. *Je ressentais la peur de mourir et alors de là, je me suis dit si j'ai eu peur étant jeune, j'apprendrai à mon fils la résurrection de sa grand'mère afin qu'il ne trouve pas mal dans les aigreurs de la vie.*

— Cette peur vous a duré longtemps ?

— Jusqu'à ce que je sois interné (1924).

— Où ?

— Ici, à Charenton, où je suis toujours resté.

— Depuis, comment vous trouvez-vous ?

— J'étais mieux jusqu'à ces derniers temps, mais depuis 4 ou 5 ans, je crache du sang, la peur de mourir s'est calmée. C'est ici que j'ai éprouvé *la peur d'être en léthargie et d'être enterré vivant.*

— Pourquoi ?

— Pour le sang, on aurait pu dire « il est mort » (erreur médicale).

— Vous sentez-vous mourir ?

— *J'ai des convulsions.* (Il a en ce moment où il le dit une « convulsion ». Mais aucun phénomène apparent.)

— Vous saignez- depuis quand ?

— Excusez moi docteur, je me recueille un peu à cause de ma convulsion.

A l'examen, le malade répond bien aux questions, mais d'une voix enrouée. On trouve sur sa table de nuit une petite soucoupe avec un grand nombre de cotons parfaitement rangés en ordre (quinconces). Il se plaint des oreilles mais il se fait peut-être saigner lui-même.

« J'ai aussi des pertes anusaires » des crachements de sang ».

« Il met un papier sous ses fesses mais il n'y a pas trace de sang) « C'est le sang qui tourne en eau après les convulsions du ventre ».

— Vous êtes toujours bien vivant ?

— Je suis bien malade, je ne peux pas me lever. (Il montre ses cotons).

On lui demande de préciser ses convulsions

— C'est comme si j'allais perdre connaissance. En ce

moment j'ai une convulsion (on ne voit rien). *C'est comme si j'allais tomber et perdre la raison, comme une faiblesse.*

— Vous sentez-vous tourner comme dans le vertige ?

— C'est comme si j'avais peur de devenir aveugle.

En raison de la grande fatigue du malade, nous pratiquons un examen physique sommaire.

Oreilles. N'entend pas bien depuis 6 ans.

Yeux. Strabisme externe de l'oeil gauche.

Réflexes. vifs.

CONCLUSIONS

1° Il existe fréquemment dans la période prodromique de la démence précoce un *syndrome somatique* précédant les troubles psychiques.

2° Ce syndrome somatique est caractérisé par :

A) Des troubles céphaliques (céphalées parfois très violentes, vomissements, vertiges ou pseudo-vertiges.

B) Des troubles viscéraux. *Digestifs* (Nausées, vomissements, angoisses abdominales).

Cardiovasculaire (Tachycardie, dyspnée, syncopes, lypothimies).

C) Des troubles généraux (amaigrissement, pâleur).

3° Ce syndrome somatique s'atténue le plus souvent quand les signes psychiques entrent en scène et on peut voir parfois la transformation insensible des signes céphaliques en troubles psychiques, passage de la céphalée douloureuse à la céphalée anesthésique et au sommeil cataleptique.

4° Le syndrome somatique a une grande importance pratique pour le diagnostic précoce de la psychose et son traitement à cette période initiale.

5° Le syndrome somatique peut être rapproché de celui qu'on observe dans les prodromes d'affections organiques cérébrales telles que : Epilepsie, tumeurs cérébrales, syphilis cérébrale, etc... et peut-être considéré ainsi que ce dernier, comme des manifestations d'une *atteinte dynamique*, suivant l'expression du professeur CLAUDE, du système nerveu central.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD,

Vu, le Président de la thèse
CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
CHARLÉTY.

